Epreuves Classantes Nationales

du 2ème cycle des études médicales

Annales 2005

Corrigées et commentées par l'équipe pédagogique de l'

INSTITUT LA CONFERENCE HIPPOCRATE

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

ÉDITORIAL

La préparation des Epreuves Classantes Nationales représente, pour les étudiants du 2e cycle des études médicales, l'achèvement des années de faculté et l'affirmation d'un engagement professionnel.

La réussite à cet examen marque une étape cruciale de la vie professionnelle, et sa préparation est l'occasion d'approfondir des connaissances dont l'étendue laissera une empreinte durable. Cette réussite repose sur deux éléments clés : une méthode de travail rigoureuse, et la consultation de documents de référence. Ce sont ces éléments que l'institut la Conférence Hippocrate apporte chaque année à des milliers d'étudiants à Paris, Lyon, Marseille, Lille et Rennes.

Les résultats obtenus attestent la qualité de l'encadrement des conférences, fruit d'une sélection rigoureuse des conférenciers, et d'un tutorat personnalisé. S'y ajoute l'organisation de concours blancs mensuels et d'épreuves classantes blanches nationales, répliques exactes des épreuves nationales, par lesquels chaque étudiant peut évaluer précisément son niveau de préparation, et les points sur lesquels faire porter ses efforts.

Les équipes pédagogiques de la Conférence Hippocrate préparent ainsi chaque année les épreuves de ces examens blancs, les grilles de corrections détaillées, et publient sur le site de la Conférence les Annales corrigées et commentées des Epreuves Classantes Nationales.

Merci à tous les auteurs qui ont contribué à rédiger ces Annales. Nous espérons tous qu'elles répondront à vos attentes, et nous vous souhaitons bon courage et bonne chance!

Maurice LAVILLE
Professeur de Thérapeutique, Service de Néphrologie,
Hôpital Edouard Herriot, Lyon.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

ANNALES OFFICIELLES
CORRIGES ET COMMENTAIRES
EPREUVES CLASSANTES NATIONALES 2005

La correction des annales officielles des épreuves classantes nationales 2005
a été réalisée par l'équipe pédagogique et le comité de rédaction
de l'Institut La Conférence Hippocrate :

Walid AMARA
AIHP – CCA

François AUCLIN
AIHP – ACCA – PH

Sarah BURSAUX-GONNARD
AIHP – CCA

Pierre CHARLES
IHP

Alain COMBES
AIHP - ACCA – PHU

Raphaël GAILLARD
IHP

Hassan HOSSEINI
AIHP – CCA - PHU

Laure LAMARE
IHP

Charles-Edouard LUYT
AIHP – CCA – PH

Jacky NIZARD
AIHP – CCA

Alexis NOGIER
AIHP – CCA

Secrétariat assuré par : **Mireille JOSSE**

Secrétaires de rédaction : **François AUCLIN – Alain COMBES**

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

L'INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

ORGANISE

DEUX EXAMENS BLANCS NATIONAUX

avec la participation de la plupart
des facultés de médecine de France.

Conformément aux modalités exactes
des Epreuves Classantes Nationales,
les épreuves se dérouleront simultanément à Paris
et dans plus de vingt centres provinciaux
(4000 participants en janvier et mars 2005).
Un corrigé détaillé sera remis à tous les candidats
à l'issue des épreuves.
Le classement général détaillé sera national et publié
sous 15 jours sur Internet : laconferencehippocrate.com

Les 07 et 08 janvier 2006
Les 18 et 19 mars 2006

9 dossiers diagnostiques et thérapeutiques

RENSEIGNEMENTS

- PARIS	**01 47 07 13 46**
- LILLE	**03 20 12 06 03**
- LYON	**04 78 54 21 05**
- MARSEILLE	**04 91 22 69 77**
- Ailleurs	**Dans chaque faculté**

Inscription sur Internet à partir de novembre 2005 : laconferencehippocrate.com

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 1

Marie, 16 ans, est amenée en consultation par sa mère, excédée du comportement alimentaire de sa fille. En effet, Marie ne mange plus à la table familiale depuis un an, mange de façon irrégulière et anarchique : elle peut absorber des quantités importantes de nourriture, surtout de gâteaux, Nutella et pain. Les parents trouvent dans l'appartement des sacs de plastique, pleins de vomissements. Ils se sentent impuissants et demandent de l'aide. Marie est une belle jeune fille, élégante, maquillée, elle dit ne pas pouvoir résister à ce qu'elle nomme ses " accès de fringale ". Elle avale alors n'importe quoi, sans mâcher. Elle est ensuite obligée de se faire vomir, d'une part parce qu'elle se sent mal à l'aise et se dégoûte, d'autre part, parce qu'elle a peur de grossir. Il y a du sang dans ses vomissements, dit-elle, mais elle ajoute : " c'est pas grave ".
En effet, Marie contrôle son poids. Il est actuellement de 52 kg pour une taille de 1,60m. Elle se trouve trop grosse. L'an dernier, elle a perdu 10 kg en quelques mois, n'avait plus ses règles (elle ne les a toujours pas), elle se trouvait alors très bien. Elle avait consulté quelques fois un psychiatre, sans trouver d'intérêt à ses consultations et sans s'y impliquer.
Elle estime d'ailleurs que personne ne peut grand chose pour elle. Elle n'est pas satisfaite d'elle-même, elle se dit triste, s'isole, a parfois des " idées noires " et dit qu'elle ne pourra plus continuer à vivre comme cela. Elle a du mal à quitter sa maison et sa mère, dont elle est d'autant plus proche qu'elle est fille unique et que le père est absent la semaine, du fait de son travail.

Question n° 1

Quel est votre diagnostic ?

Question n° 2

Sur quels éléments de sémiologie l'étayez-vous ?

Question n° 3

Quels autres symptômes recherchez-vous, tant sur le plan psychologique que physique, pour conforter votre diagnostic ?

Question n° 4

Y-a-t-il un ou des diagnostics différentiels ?

Question n° 5

Que dire de la personnalité de cette jeune fille ?

Question n° 6

Quels examens complémentaires demandez-vous ? Justifiez votre demande.

Question n° 7

Quel(s) traitement(s) et suivi thérapeutique proposez-vous ?

- A moyen et long terme :

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 2

Une femme, âgée de 70 ans, veuve, vit à la campagne avec son chien. Elle mesure 155 cm pour un poids de 70 kg. Elle est traitée pour hypertension artérielle depuis 15 ans. Elle se plaint depuis au moins six mois de douleurs du genou droit, qui rendent difficile la marche, la montée et la descente d'escaliers. La douleur est calmée par le repos. La reprise de la marche après une station assise prolongée est difficile. Il ne lui est plus possible de faire des promenades avec son chien, de faire ses courses au village, d'entretenir son jardin et de rendre visite à sa voisine dont la maison est distante de 1000 mètres. Elle doit être aidée pour la plupart des tâches domestiques lourdes. Elle signale que son genou droit est gonflé le soir. Elle n'a pas de fièvre et ne se plaint pas de lombalgie.
L'examen trouve un genu varum bilatéral. Il existe un choc rotulien à droite, une limitation des amplitudes extrêmes de flexion et d'extension, une laxité frontale au niveau du compartiment médial. La palpation de l'interligne fémoro-tibial médial est douloureuse. La mobilité de la hanche droite est libre et indolore. On note également une amyotrophie de la cuisse droite. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques. Les pouls des membres inférieurs sont perçus.
Les résultats biologiques sont les suivants :
Hémoglobine = 12,5 g/dL, globules blancs = 7,3 G/L, plaquettes = 325 G/L, ionogramme sanguin : Sodium = 138 mmol/L, Potassium = 4,2 mmol/L, créatininémie = 196 μmol/L, CRP = 4 mg/L (Normale du laboratoire inférieure à 10 mg/L), TP = 100 %, VS = 10 mm à la première heure.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Donnez vos arguments cliniques et paracliniques en faveur d'une gonarthrose.
Quels sont les diagnostics différentiels que vous pouvez éliminer et sur quels arguments ?

Question n° 2

Identifiez dans l'énoncé de ce dossier les déficiences, les incapacités, les handicaps et l'impact sur la qualité de vie de cette patiente. Proposez une échelle d'évaluation de déficiences et une échelle générique d'évaluation des incapacités. Quel est l'intérêt d'utiliser une échelle spécifique d'évaluation des incapacités ?

Question n° 3

La décision de mise en place d'une prothèse totale du genou droit est prise.
Le lendemain de l'intervention, la malade est alitée.
Prescrivez le traitement préventif de la maladie thromboembolique et les modalités de surveillance.

Question n° 4

La malade est transférée dans un centre de rééducation au bout de 8 jours.
Quels sont les objectifs poursuivis ? Quelles sont les méthodes de rééducation et de réadaptation que vous prescrivez ?

Question n° 5

Au bout de 15 jours, alors qu'elle a repris la marche avec une canne, la malade se plaint d'une douleur du genou droit. Celui-ci est tuméfié, rouge et douloureux en permanence. Il n'y a plus de gain de mobilité en rééducation. Les séances de kinésithérapie sont douloureuses. La patiente est apyrétique.
Résultats biologiques : Hémoglobine = 12,5 G/dL, globules blancs = 7,5 G/L, polynucléaires neutrophiles = 62 %, polynucléaires éosinophiles = 2 %, lymphocytes = 34 %, monocytes = 2 %, plaquettes = 340 G/L, CRP = 5,2 mg/L, VS = 15 mn à la première heure, créatininémie = 180 μmol/L.
Quels sont les deux diagnostics que vous évoquez en première intention et sur quels arguments ?
Quelle est votre attitude par rapport aux soins de kinésithérapie ?

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 3

Un garçon de 18 mois vous est amené pour une fièvre entre 38.5°C et 39.5°C depuis 24h, associée à une perte d'appétit et une irritabilité. A l'examen, l'enfant paraît maigre, un peu pâle, mais garde un bon état général et un comportement normal. Le reste de l'examen ne trouve aucun point d'appel de la fièvre ni autre signe de mauvaise tolérance de cette fièvre. Ses mensurations sont les suivantes : poids : 8,4 kg, taille : 78 cm, périmètre crânien : 46 cm. Il s'agit du deuxième enfant d'une fratrie de 3. Ses parents âgés de 25 et 23 ans sont sans travail.
Dans les antécédents familiaux, on note des convulsions dans l'enfance chez la mère et un tabagisme chronique chez les deux parents. Le père mesure 181 cm et la mère 168 cm. L'enfant est né à 39 semaines d'aménorrhée avec un poids de 3200 g, une taille de 50 cm et un périmètre crânien de 35 cm. Il a été alimenté initialement avec un lait pour nourrisson. Le régime a été diversifié normalement à partir de l'âge de 6 mois. Selon les parents, l'enfant a toujours eu un appétit satisfaisant et des rations alimentaires normales pour l'âge. Le carnet de santé montre un suivi médical irrégulier ; à 6 mois le poids était de 7,5 kg et la taille de 69 cm et à 9 mois le poids de 8 kg et la taille de 71 cm. Il fait de nombreux épisodes d'infections des voies aériennes supérieures et deux épisodes de " bronchiolite " à 6 et 9 mois.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Hôpital : _____

Service : _____ Médecin : _____

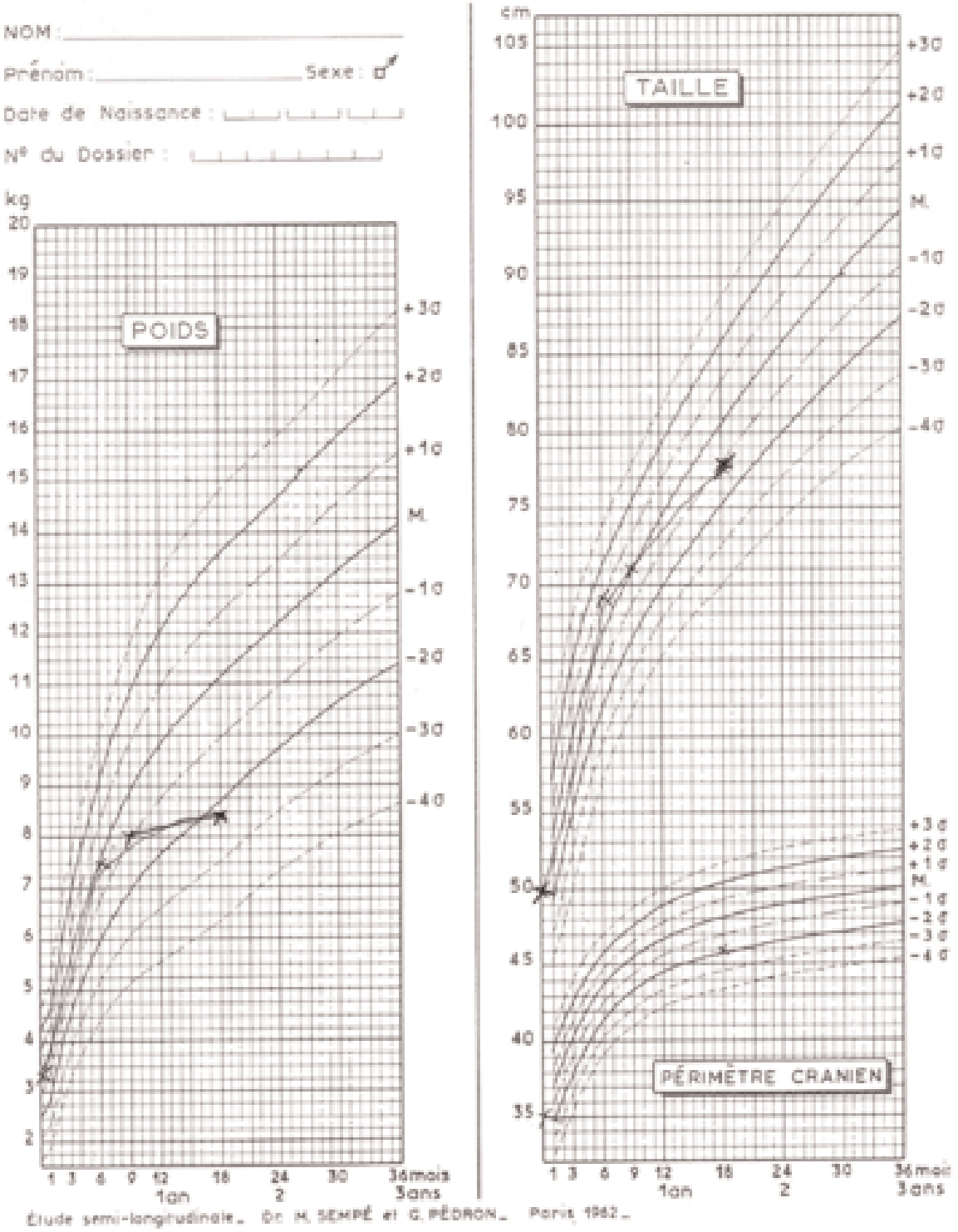
CROISSANCE SOMATIQUE DES GARÇONS DE LA NAISSANCE A 3 ANS

NOM : _____

Prénom : _____ Sexe : ♂

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _

N° du Dossier : _ _ _ _ _ _ _ _



Étude semi-longitudinale. Dr M. SEMPÉ et G. PÉDRON. Paris 1962.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Quelle prise en charge proposez-vous face à cette situation de fièvre récente ?
Argumentez votre attitude et indiquez vos prescriptions.

Question n° 2

Le lendemain, l'enfant est hospitalisé pour une crise convulsive généralisée d'une durée de 5 minutes avec récupération complète de l'état antérieur en mois de 30 minutes. Sa température était à 39.8°C au décours de la crise.
Quelles informations argumentées donnez-vous aux parents concernant le diagnostic et le pronostic de cette crise convulsive et les moyens pour prévenir les récurrences ?

Question n° 3

Les examens biologiques sanguins réalisés à l'entrée montrent les résultats suivants :
- **CRP < 5 mg/L (normale du laboratoire < 10 mg/L)**
- **GR = 4.2 x 10^{12}/L, Hb = 110 g/L, Hématocrite = 30 %, VGM = 71 fl**
- **GB = 18 x 10^{9}/L, polynucléaires neutrophiles 75 %, lymphocytes 18 %, monocytes 5 %**

Comment interprétez-vous ces résultats dans ce contexte ?

Question n° 4

L'évolution ultérieure est rapidement favorable avec une chute de la fièvre en 48 heures.
Comment analysez-vous le développement staturo-pondéral de cet enfant ?

Question n° 5

Quelles sont les principales hypothèses sur l'origine de l'anomalie du développement staturo-pondéral chez cet enfant ?
Comment menez-vous l'enquête étiologique et comment l'interprétez-vous cliniquement ?

Question n° 6

Citez et argumentez les examens paracliniques à demander pour compléter l'enquête étiologique.

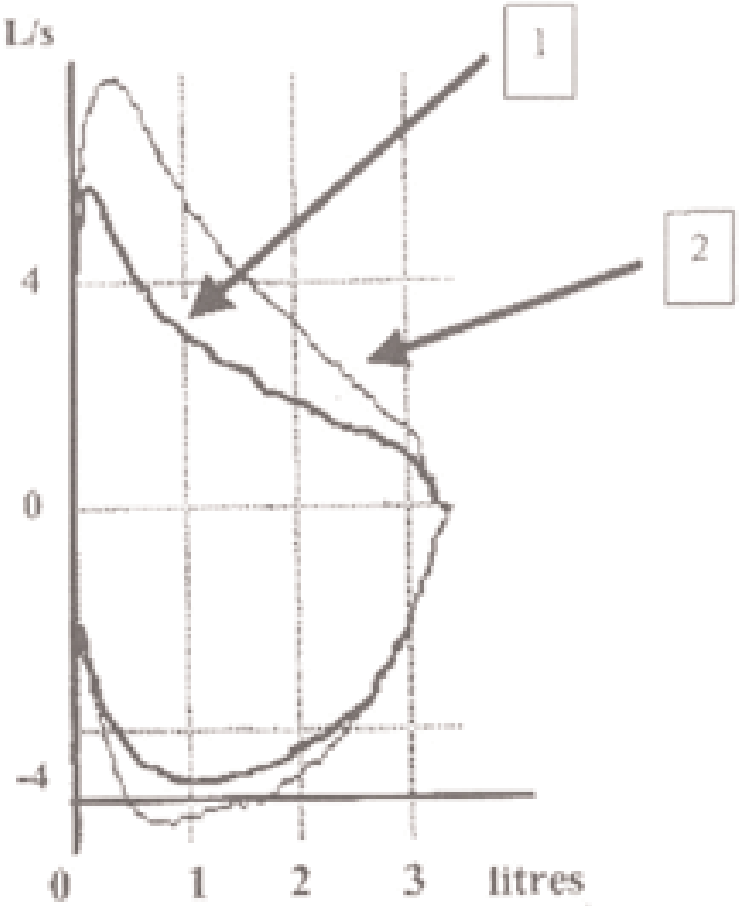
© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 4

Une femme de 36 ans, sans antécédent particulier, fumeuse (10 cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans), est technicienne dans un laboratoire de recherche de l'industrie pharmaceutique depuis 10 ans. Elle consulte pour l'apparition depuis quelques mois d'épisodes de difficultés respiratoires avec sifflements et sensation d'étouffement. Tout d'abord, exclusivement nocturnes, ces crises dyspnéiques surviennent actuellement en cours de journée, de façon quasi quotidienne.

A l'interrogatoire, on trouve une rhinoconjonctivite évoluant depuis plus d'un an alors qu'elle n'a rien changé dans son environnement et son mode de vie. Au cours de ses activités professionnelles, elle manipule des rongeurs vivants (hamsters) et nettoie leurs cages. Elle porte un masque en papier depuis l'apparition de la rhinite, elle ne se munit pas de gants pour des raisons pratiques. Elle décrit également des antécédents de dermatite atopique dans l'enfance et une notion de test cutané à un pneumallergène courant positif. Vous évoquez le diagnostic d'asthme professionnel au hamster.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



	théorique	Pré	% théorique	Post	% théorique
CV (L)	3,50	3,50	100%		
VR (L)	1,60	1,66	104%		
CPT (L)	5,10	5,16	101%		
CVF (L)	3,50	3,43	98%	3,43	98%
VEMS (L)	3,04	2,28	75%	2,80	92%
VEMS/CV			65%		80%
DE 25-75 (L/s)	3,79	1,89	50%	3,56	94%
DE 75 (L/s)	6,04	3,02	50%	5,74	95%
DE 50 (L/s)	4,33	1,95	45%	3,90	90%
DE 25 (L/s)	1,97	1,28	65%	2,07	105%

CV = Capacité Vitale
VR = Volume Résiduel
CPT = Capacité Pulmonaire Totale
CVF = Capacité Vitale Forcée
DE = Débit Expiratoire
VEMS = Volume Expiratoire Maximum Seconde

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Parmi les éléments recueillis ci-dessus, quels sont les critères permettant de justifier le diagnostic d'asthme ?

Question n° 2

Quelle(s) donnée(s) anamnestique(s) complémentaire(s) est(sont) nécessaire(s) à la recherche de la cause de l'asthme ?

Question n° 3

Une radiographie thoracique standard récente apportée par la patiente est normale. Vous disposez des résultats d'une exploration fonctionnelle respiratoire avec test dynamique réalisée la veille, qui sont reportés ci-dessus.
A quoi correspondent les tracés fléchés 1 (1er enregistrement) et 2(2e enregistrement) ?

Question n° 4

Interprétez l'ensemble des résultats de l'exploration fonctionnelle respiratoire.
Justifiez votre réponse.

Question n° 5

Décrivez votre stratégie de prescription des autres examens paracliniques pour étayer le diagnostic d'asthme professionnel au hamster.

Question n° 6

Quelles sont les deux principales anomalies des voies aériennes visées par le traitement médicamenteux de l'asthme ?

Question n° 7

Quelle démarche thérapeutique préconisez-vous chez cette femme ?

Question n° 8

Cette femme peut-elle bénéficier d'une reconnaissance en maladie professionnelle ?
Justifiez votre réponse en détaillant vos arguments.

Question n° 9

Quelle surveillance prévoyez-vous chez cette femme dans les 3 mois qui viennent ?
Justifiez votre réponse.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 5

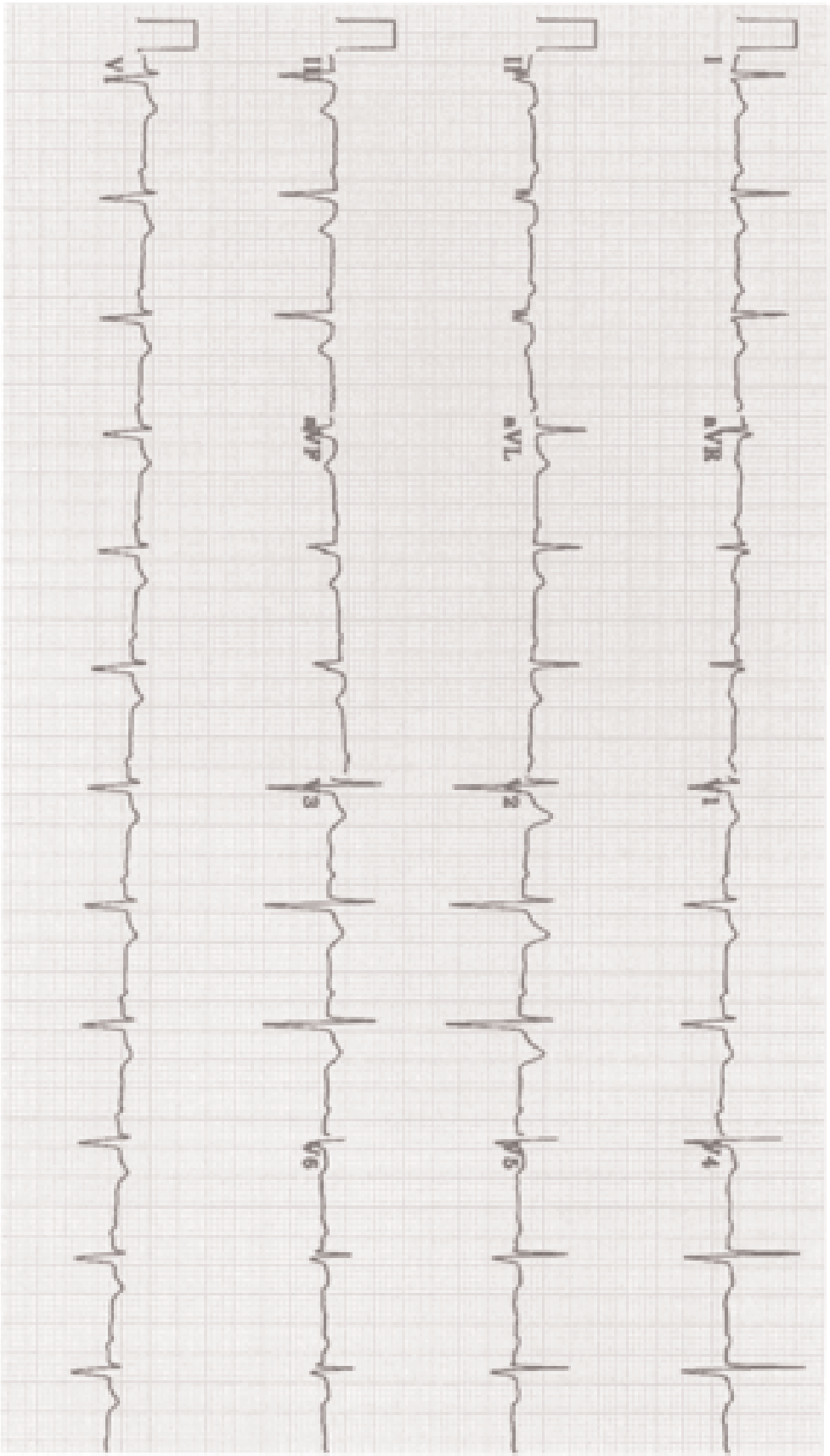
Un homme de 74 ans a un anévrisme de l'aorte abdominale découvert fortuitement et mesuré à 60 mm de diamètre transversal à l'écho-doppler. Il a pour antécédents personnels une broncho-pneumopathie chronique obstructive post tabagique, deux épisodes d'embolie pulmonaire il y a 15 ans et 10 ans, d'étiologie indéterminée et il présente une dyspnée d'effort pour des efforts minimes. Dans les antécédents familiaux, on retrouve un décès brutal du père à l'âge de 71 ans au décours d'une intervention orthopédique (prothèse totale de hanche). Les facteurs de risque sont représentés par un tabagisme évalué à 60 paquets-année et une hypertension artérielle équilibrée par quinapril (Acuitel®20) (1 cp par jour). Il est sous traitement AVK au long cours depuis 1995.

L'examen clinique montre les données suivantes : 70 kg, 1m74, toux " grasse " avec polypnée, souffle cervical gauche, anévrisme aortique palpable, sensible, mais non douloureux spontanément, pouls artériels distaux perçus.

La glycémie à jeun est à 5,5 mmol/L. Le cholestérol total est à 1,8 g/L avec des triglycérides à 1,2 g/L. La créatininémie est à 160 μmol/L. L'ECG est joint.

L'échographie-doppler des artères cervico-encéphaliques trouve une sténose à 80 % de la carotide interne gauche.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Quel(s) signe(s) clinique(s) peu(ven)t contribuer à préciser le siège de l'anévrisme aortique ?

Question n° 2

Les antécédents personnels et familiaux de ce patient vous suggèrent-ils un risque particulier en dehors de l'athérosclérose ? Pourquoi ?

Question n° 3

Quel(s) facteur(s) de risque d'anévrisme identifiez-vous chez ce patient ?

Question n° 4

Décrivez et interprétez l'ECG. Quelle conclusion en tirez-vous ?
Quel(s) examen(s) proposez-vous en complément ? Justifiez votre réponse.

Question n° 5

Quelles explorations respiratoires allez-vous demander chez ce patient ?
Qu'en attendez-vous ?

Question n° 6

Quel examen vous paraît le mieux adapté pour apprécier les caractéristiques morphologiques de l'anévrisme dans l'optique de son traitement ?
Justifiez votre choix en tenant compte du rapport bénéfice/risque.

Question n° 7

Quelle proposition thérapeutique peut-on faire vis-à-vis de l'anévrisme aortique ?
Justifiez et détaillez votre réponse.

Question n° 8

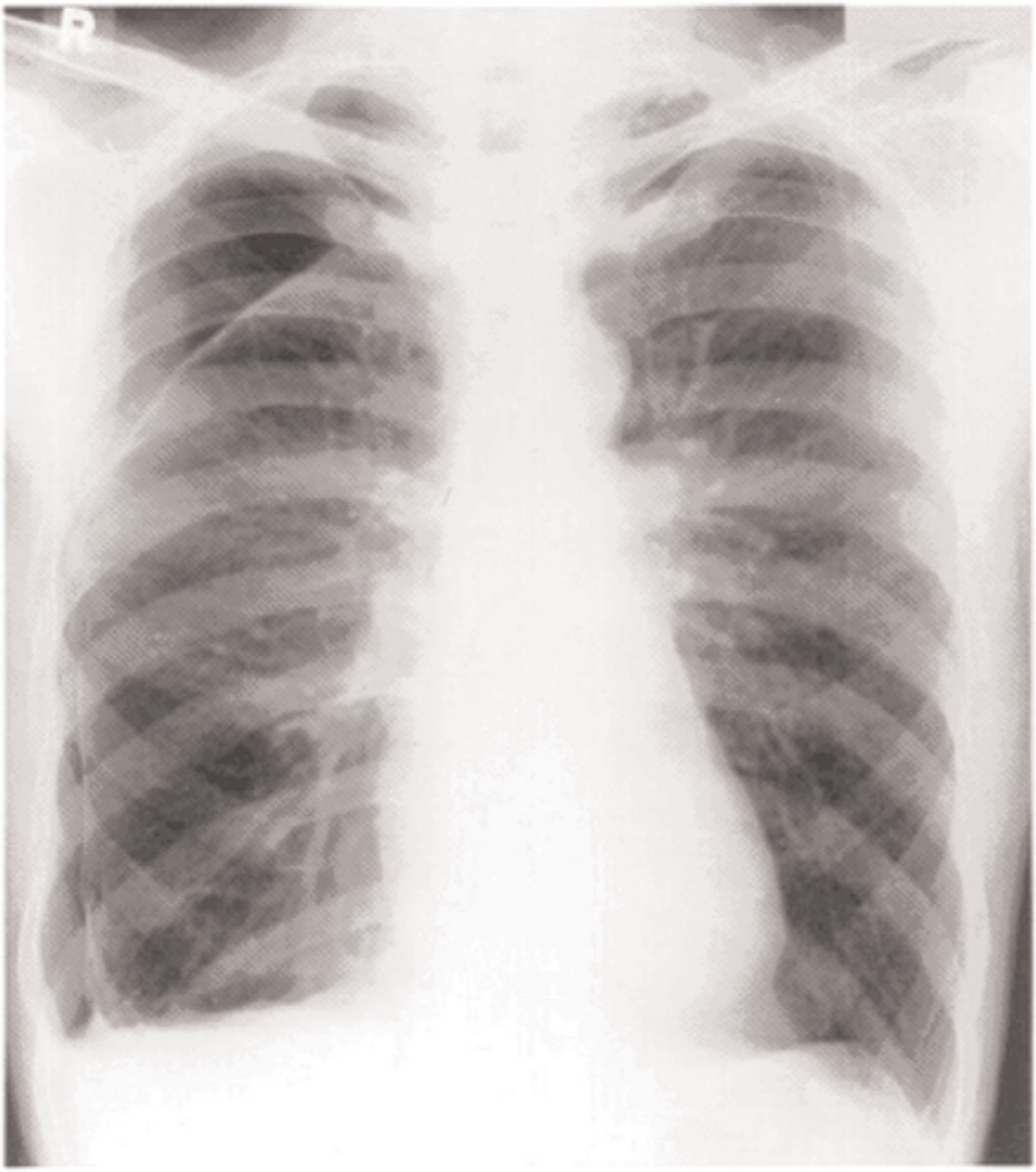
Quelle prise en charge proposez-vous vis-à-vis de l'intoxication tabagique ?

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 6

Un homme de 65 ans est admis aux urgences pour un essoufflement d' aggravation rapide depuis environ 48h. L'intolérance à l'effort est majeure puisque le patient ne peut effectuer que quelques mètres à pied avant d'être contraint à l'arrêt. Il se plaint de sueurs et de céphalées. Quarante huit heures auparavant, le malade a ressenti à la marche une douleur thoracique droite d'apparition brutale, en coup de poignard, puis un essoufflement qui a fait passer cette douleur au second plan. L'examen clinique montre des lobes d'oreilles cyanosés, une distension thoracique et un hippocratisme digital. La température est à 38°C. L'auscultation, rendue difficile par la polypnée mesurée à 35 cycles/min, trouve principalement des ronchus bilatéraux. La fréquence cardiaque est à 100 battements/min et la pression artérielle est de 190/110 mmHg.

La radiographie du thorax est illustrée par la figure ci-jointe.



© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Analysez et hiérarchisez les informations cliniques et radiologiques contenues dans cette observation. Quels diagnostics retenez-vous ?

Question n° 2

Quelle conduite thérapeutique immédiate en déduisez-vous ? Justifiez votre réponse.

Question n° 3

L'état du malade ayant été amélioré, vous pouvez compléter votre interrogatoire et votre examen clinique. L'anamnèse retrouve ainsi un tabagisme cessé depuis 1 an en raison de difficultés respiratoires croissantes, pour une consommation globale estimée à 100 paquets/année. Le malade tousse et crache depuis plusieurs années principalement les mois d'hiver, et plus intensément au cours de la dernière semaine. Cette symptomatologie respiratoire est parfois insomniante et depuis quelques jours le malade s'automédique et prenant du Temesta® 2,5 mg (lorazépam) le soir. L'expectoration est sale. Sa pression artérielle est à 145/85 mmHg.
Quels sont les éléments de cette observation permettant de suspecter des antécédents de bronchite chronique ? Donnez-en la définition précise.

Question n° 4

Quels peuvent être les autres facteurs aggravants ayant conduit à l'acutisation actuelle de la maladie broncho-pulmonaire chronique dont souffre le patient ? Quels sont les principes thérapeutiques que vous proposez ?

Question n° 5

L'évolution ayant été favorable, quelles informations et recommandations délivrez-vous au malade au moment de sa sortie de l'hôpital ?

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 7

Un homme âgé de 62 ans, sans antécédent personnel ou familial particulier, se présente aux urgences de l'hôpital pour douleurs abdominales. Ces douleurs évoluent depuis 5 jours. Elles sont continues, en cadre. Il existe un arrêt des gaz depuis 24h, la dernière selle date de 3 jours. On note un amaigrissement de 3 kg en un mois. Il n'y a pas de vomissement.
A l'examen clinique, la température est à 37°C, le pouls à 120/mn, la tension artérielle à 10/7. Il existe un météorisme abdominal généralisé. La palpation abdominale met en évidence une légère sensibilité de la fosse iliaque droite. Il n'est pas palpé de masse abdominale. Le toucher rectal est indolore. L'ampoule rectale est vide.
Les résultats des examens biologiques sont les suivants :

- Hémoglobine : 12,5 g/dL
- Globules blancs : 7,5.109/L
- Plaquettes : 250.109/L
- Taux de prothrombine : 95 %
- TCA : malade : 31 sec/témoin 33 sec
- Sodium : 137 mmol/L
- Potassium : 4,2 mmol/L
- Chlorures : 102 mmol/L
- CO2 total : 26 mmol/L
- Bicarbonates : 21 mmol/L
- Protéines : 60 g/L
- Urée : 6,8 mmol/L
- Créatinine : 110 μmol/L
- ALAT/ASAT : 45/35 UI/L (N < 45)
- Phosphatases alcalines : 75 UI/L (N < 120)
- Gamma-GT : 30 UI/L (N < 32)

Vous disposez d'une radiographie de l'abdomen sans préparation (photo 1).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

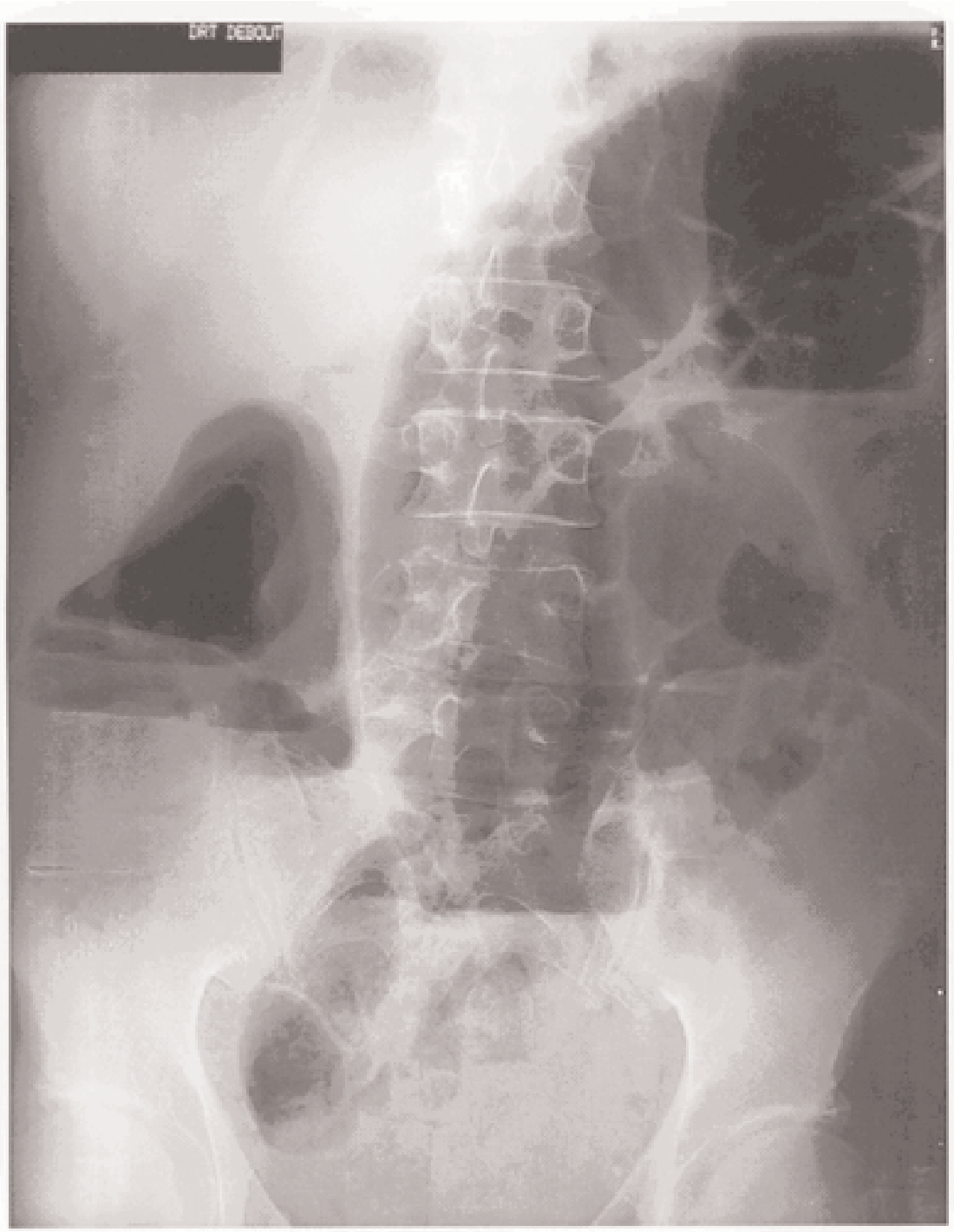


photo 1

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

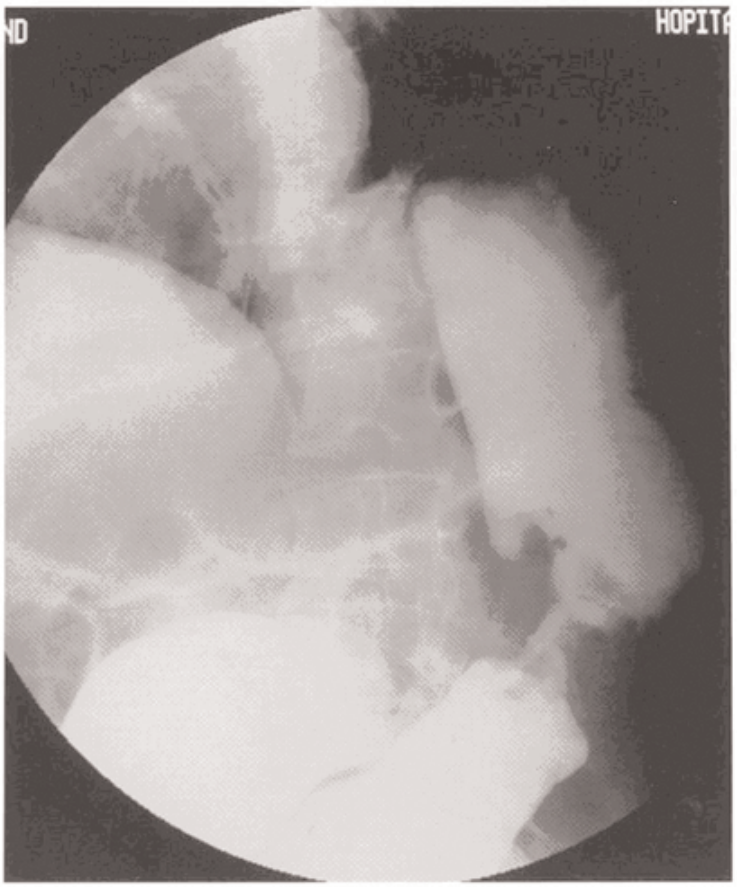


photo 2

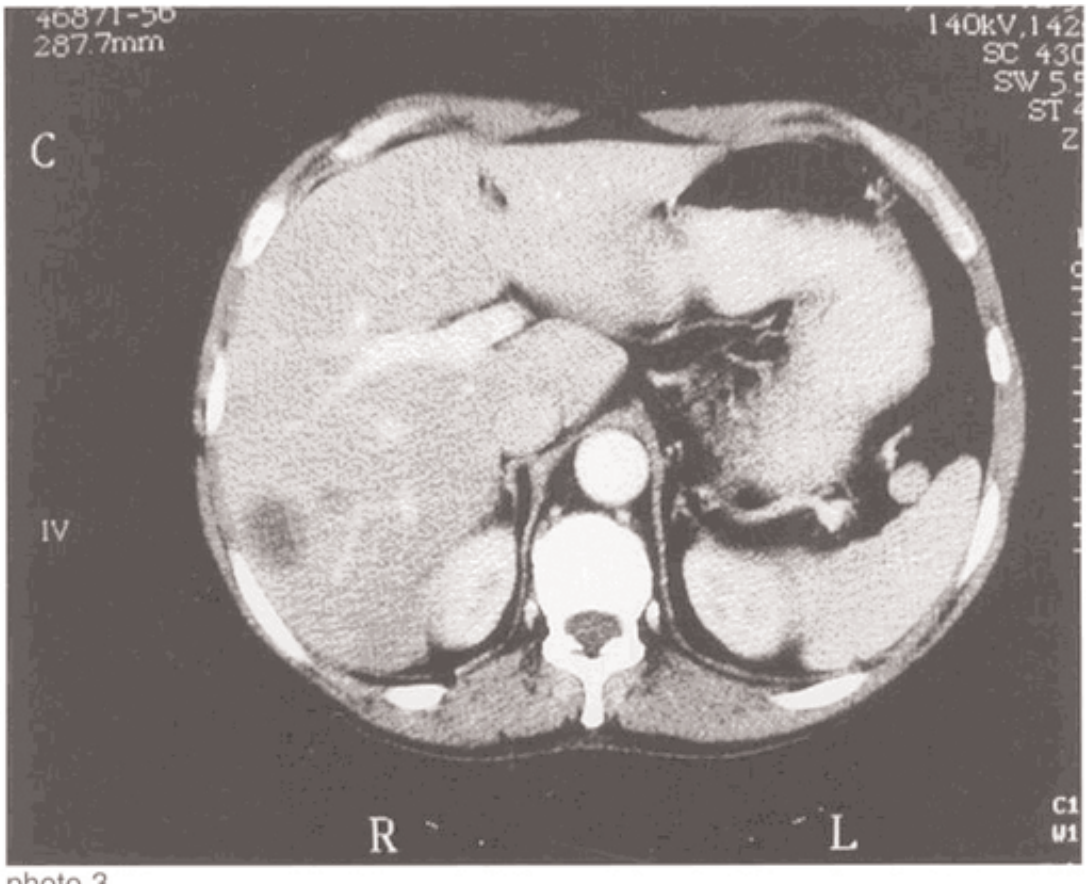


photo 3

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Comment définissez-vous le syndrome que présente ce patient ?
Quels sont les arguments cliniques et radiologiques qui permettent de le justifier.

Question n° 2

Un autre examen radiologique est réalisé (photo 2).
Comment s'appelle-t-il ? Donnez en votre interprétation.

Question n° 3

Quel autre examen radiologique aurait pu confirmer le syndrome que présente ce patient ?

Question n° 4

Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?

Question n° 5

Quelle intervention chirurgicale demandez-vous et dans quel délai ? Justifiez.
Quelle alternative aurait pu être discutée ?

Question n° 6

Quel bilan réalisez-vous dans les suites de cette intervention ?

Question n° 7

Quelles sont les grandes lignes du traitement de l'étiologie évoquée à la question n°4 ?

Question n° 8

Quelle surveillance instaurez-vous la première année dans les suites de ce traitement ?

Question n° 9

Dix-huit mois après l'intervention, une anomalie est détectée qui vous conduit à faire réaliser un examen tomodensitométrique abdominal (photo 3).
Quel est votre diagnostic ?

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 8

Un homme, d'origine lorraine, âgé de 64 ans est admis aux urgences la veille de Noël, pour l'apparition de deux malaises successifs, de type lipothymique, avec la notion que les malaises ne sont pas récents mais ils seraient de plus en plus rapprochés.
A l'admission, ce patient signale être épuisé. Il est d'ailleurs en arrêt de travail depuis 1 mois et avait même renoncé à partir en vacances l'été précédent. Il a maigri de 8 kg dans les 6 derniers mois. Il ne prend aucun médicament.
Son épouse précise qu'il se plaint de douleurs abdominales depuis plusieurs semaines. Il dit qu'il n'a pas d'appétit depuis plusieurs jours et qu'il a des vomissements alimentaires depuis 48h.
Examen clinique du patient :

- Voir photographies.
- La température est à 38°C, la pression artérielle est mesurée à 90/70 mmHg. La fréquence cardiaque est régulière à 100/mn. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de particulier, de même que l'examen neurologique.
- L'abdomen est souple et non douloureux à la palpation.

La glycémie capillaire est de 2,2 mmol/L (0,4 g/L).
Le bilan initial effectué en urgence est le suivant :

- Glycémie : 2,3 mmol/L (0,42 g/L) (N = 0,7 – 1,00 g/L)
- Natrémie : 120 mmol/L (N = 135 – 145 mmol/L)
- Chlorémie : 85 mmol/L (N = 90 – 105 mmol/L)
- Kaliémie : 5,2 mmol/L (N = 3,8 – 5 mmol/L)
- Créatininémie : 140 μmol/L (N = 45 – 120 μmol/L)
- GB : 6,5.109/L
- Hb : 10,5 g/dL
- Plaquettes : 222.109/L
- ALAT : 20 UI/L (N< 35) ; ASAT : 22UI/L (N < 35) ; phosphatases alcalines : 60 UI/L (N < 90 UI/L) ; bilirubine : 6 μmol/L (N < 11 μmol/L) ; gammaGT : 40 UI/L (N = 60 UI/L)
- TP : 100 %
- Alcoolémie : 0 g/L
- Recherche de toxique : négative

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

photo 1

photo 3

photo 4

photo 2

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 1

Devant ce tableau, quels sont les diagnostics étiologiques possibles ?
Classez-les par ordre de probabilité chez ce patient en fonction des données dont vous disposez dans l'observation. Pour chaque étiologie, indiquez les éléments en faveur ou en défaveur. Finalement, un seul diagnostic doit être retenu chez ce patient. Lequel ?

Question n° 2

Quels sont les mécanismes physiologiques les plus probables de l'hypoglycémie et des troubles ioniques chez ce patient ?

Question n° 3

Quels examens biologiques demandez-vous pour confirmer le diagnostic étiologique indiqué comme plus probable ? Argumentez votre réponse.

Question n° 4

Un cliché de l'abdomen sans préparation, en position debout, a été fait devant les douleurs abdominales (photo 2).
Que vous apporte-t-il ?

Question n° 5

Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en urgence ? Planifiez la surveillance.

Question n° 6

Quel sera le traitement à distance ? Indiquez les consignes " pratiques " que vous allez remettre à ce patient.

Question n° 7

L'employeur du patient vous téléphone pour avoir des nouvelles de son employé et pour vous demander quand il pourra retravailler afin de savoir s'il doit éventuellement faire appel à un intérimaire.
Que lui répondez-vous ?

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

DOSSIER N° 9

Une femme de 34 ans, est originaire comme son mari d'un pays du pourtour méditerranéen. Elle est nullipare, de groupe sanguin A+, serveuse dans un restaurant et a été contaminée à l'âge de 18 ans par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine. Elle envisage une grossesse et vous demande des renseignements sur les conséquences obstétricales de l'hépatite C, le risque de transmission au nouveau-né, et les examens sanguins à pratiquer avant et pendant la grossesse.

Question n° 1

Que lui répondez-vous ? Justifiez votre réponse.

Question n° 2

Au cours de la grossesse, lors de l'examen du 6ème mois, une pression artérielle a été notée à 2 reprises à 150 mmHg pour la systolique et 100 mmHg pour la diastolique.
Que pensez-vous de ces chiffres ? Quelles mesures non médicamenteuses prophylactiques proposez-vous et dans quels buts ?

Question n° 3

L'accouchement a lieu à terme (40 semaines) par voie basse d'un garçon qui pèse 2500 g pour une taille de 48 cm et un périmètre crânien de 34 cm. Le groupe sanguin est A+. Le score d'APGAR est à 10 à 1 et 5 minutes.
Que pensez-vous des mensurations et de la biométrie de ce nouveau-né ? Comment l'expliquez-vous ?

Question n° 4

La mère désirant allaiter son enfant, demande s'il y a dans son cas des contre-indications médicales. Que répondez-vous ? Quels conseils devez-vous lui donner pour le bon déroulement de l'allaitement ?

Question n° 5

Au 3e jour du post-partum elle a une fébricule à 37,9°C et se plaint des douleurs dans les deux seins. A l'examen, les seins sont durs, tendus et douloureux.
Quel est votre diagnostic ? Quelles mesures thérapeutiques, de surveillance et préventives proposez-vous ? Quelle(s) complication(s) craignez-vous chez cette mère ?

Question n° 6

Pour des raisons personnelles et devant l'insistance des parents, la mère et l'enfant sortent de la maternité au 3e jour après la réalisation des dépistages sanguins suivants : phénylcétonurie, mucoviscidose, hypothyroïdie, bloc surrénalien en 21-hydroxylase. A ce moment, le poids est de 2 350 g ; l'examen clinique du nouveau-né est normal hormis un ictère localisé à la face.
D'autres dépistages sanguins sont-ils nécessaires chez ce nouveau-né ?

Question n° 7

Avant la sortie, la mère confie à la sage-femme que son bébé semble avoir quelques difficultés à téter, qu'il pleure souvent au cours des tétées et que bien qu'il soit nourri toutes les 2 heures, il n'a mouillé que 2 couches dans la journée. La sage-femme suggère, non sans peine car la mère est très désireuse de donner le sein, de supplémenter son bébé par un

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

lait artificiel. Une visite est programmée avec le pédiatre dans une semaine.
Au matin du 8e jour, devant l'aggravation de l'ictère et un nouveau-né qui semble être moins réactif que d'habitude, le médecin traitant est appelé. A l'examen, l'ictère est franc atteignant les avant bras et les jambes. La fontanelle antérieure est déprimée, les muqueuses buccales sont roses mais sèches, le cri est peu vigoureux. La mère vous signale que son bébé n'a pas mouillé sa couche depuis la veille et qu'il n'a pris que 60 ml de lait artificiel en complément. Il n'y a pas de vomissements. Le reste de l'examen est sans particularité, et il n'existe ni hépatomégalie ni splénomégalie. Les selles sont de consistance et de coloration normales. Vous préférez adresser le bébé aux urgences pédiatriques.
Quels diagnostics évoquez-vous ? Justifiez vos réponses.

Question n° 8

Comment aurait-on pu prévenir cette évolution ?

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRECTION DES DOSSIERS

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 1

Question n° 1

- Trouble du comportement alimentaire de l'adolescent
- A type de boulimie
- Avec antécédent d'anorexie mentale
- Chez une adolescente de 16 ans
- Compliqué d'une oesophagite
- Avec syndrome de Mallory-Weiss
- Et d'un probable épisode dépressif majeur

- **NB : L'épisode dépressif majeur est probable mais l'observation ne permet pas formellement de poser le diagnostic.**

Question n° 2

- terrain : jeune fille de 16 ans, début probable l'année précédente.
- Antécédent d'anorexie mentale :
  - Amaigrissement massif de 10 kg en quelques mois l'année précédente.
  - A l'origine d'une aménorrhée secondaire persistant actuellement (absence de cycles menstruels pendant au moins 3 cycles consécutifs).
  - Peur intense de prendre du poids alors que le poids actuel est légèrement inférieur à la normale.
  - Altération de la perception de la forme du corps : se sentait très bien lors de son amaigrissement de 10 kg, déni des troubles, anosognosie.
  - Evitement des repas.
  - Fille unique très proche de sa mère, père peu présent au domicile.
- Crises de boulimie :
  - Absorption en une période de temps limitée d'une grande quantité de nourriture.
  - Sentiment de perte de contrôle pendant la crise : crises de fringale.
  - Comportements récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements.
  - Sentiment de malaise, avec altération de l'estime de soi, partiellement soulagés par les vomissements : isolement, tristesse, insatisfaction.
  - Aliments absorbés classiques pour ces crises : aliments sucrés (Nutella, gâteaux).
  - Les accès de boulimie ont partiellement compensé la perte de poids liée à l'anorexie.
  - Syndrome de Mallory-Weiss : vomissements répétés à l'origine d'une oesophagite, présence de sang dans les vomissements.
- En faveur d'un épisode dépressif majeur :
  - Tristesse, péjoration de l'avenir, autodévalorisation.
  - Idées de mort, voire idées suicidaires.
  - Majoration de l'impulsivité, correspondant aux crises de boulimie.
  - Durée supérieure à 15 jours.

NB : le syndrome dépressif pourrait venir compliquer le TCA (une anorexie initialement) en l'aggravant par le déclenchement ou l'aggravation des épisodes boulimiques

Question n° 3

- Sur le plan psychologique :
  - Altération de la perception du poids et de la forme du corps : perception erronée des caractères sexuels secondaires.
  - Restriction alimentaire en dehors des crises de boulimie, avec sensation de faim conservée.
  - Hyperactivité physique : nombreuses activités avec infatigabilité.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Hyperactivité intellectuelle : surinvestissement scolaire.
– Goût pour la maîtrise et les défis.
– On recherchera par ailleurs un syndrome dépressif :
  * Autodévalorisation, anhédonie.
  * Ralentissement psychomoteur avec hypomimie, bradyphémie, bradykinésie, bradypsychie, difficultés de concentration.
  * Troubles somatiques avec diminution de l'appétit (classiquement conservé dans l'anorexie, insomnie matinale, diminution de la libido.
  * Anxiété.
  * Idées suicidaires.

• Sur le plan physique :
– Poids, taille, courbe staturo-pondérale.
– Prise de laxatifs ou diurétiques.
– Examen des phanères et des conjonctives : peau fragile, cheveux cassants, recherche d'esquarres, de signes d'anémie.
– Examen dentaire : dents déchaussées, fragilité des gencives, glossite (anémie).
– Développement pubertaire : recherche d'un retard.
– Recherche d'œdème malléolaire : par carence protidique.
– Examen cardiovasculaire :
  * Pression artérielle à la recherche d'une hypotension, notamment orthostatique.
  * Fréquence cardiaque à la recherche d'une bradycardie.

Question n° 4

• La concordance des symptômes psychologiques et physiques rend très peu probable un autre diagnostic.
• Néanmoins on pourra rechercher :
– une pathologie psychotique avec dysmorphophobie, délire centré sur l'alimentation (pureté, empoisonnement), hallucinations avec comportements dictés.
– un syndrome dépressif atypique : présence d'idées noires, tristesse, autodépréciation, recherche de troubles du sommeil, anhédonie.
– un trouble obsessionnel compulsif avec peur de contamination.
– une pathologie digestive à type de sténose, à l'origine de la restriction alimentaire et des vomissements post-prandiaux.
– une pathologie endocrinienne de type hyperthyroïdie, hypercortisolisme.
– une tumeur hypothalamique (de principe, mais extrêmement rare et très imorbable ici).
– une pathologie somatique à l'origine d'une altération de l'état général avec anorexie notamment de type néoplasique.
– une toxicomanie avec altération de l'appétit.

Question n° 5

• On ne peut rien dire de la personnalité de cette jeune fille. En effet l'énoncé ne permet pas de poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité car :
– La personnalité peut être normale dans un trouble du comportement alimentaire : cas le plus fréquent.
– Très peu d'éléments sémiologiques.
– La suspicion d'épisode dépressif majeur interdit de poser un diagnostic de trouble de la personnalité sur la sémiologie actuelle (aucune indication dans l'observation sur la sémiologie en dehors de l'épisode actuel).
– Adolescente de 16 ans donc organisation encore plastique.
– On pourra cependant rechercher de principe une personnalité pathologique à distance de l'épisode dépressif à type de :
  * Personnalité histrionique devant :
    ▪ Trouble du comportement alimentaire : association possible.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

▪ Patiente maquillée, élégante : rechercher un théâtralisme et une suggestibilité.

* Personnalité borderline devant :
  ▪ Trouble du comportement alimentaire : association possible.
  ▪ Isolement.
  ▪ Idées noires.
  ▪ Impulsivité (boulimie).
* Autres troubles de la personnalité, notamment obsessionnelle (traits de personnalité souvent associés à l'anorexie) et dépendante.

Question n° 6

- Le bilan paraclinique recherche les complications du trouble du comportement alimentaire (troubles hydo-éléctrolytiques, oesophagite) et peu éventuellement orienter vers un diagnostic différentiel :
  – Hémogramme plaquettes : anémie mixte (ferriprive et par carence en folates), baisse de toutes les lignées sur hématémèse.
  – Ionogramme plasmatique : hypokaliémie par vomissements, stigmates de prises de laxatifs ou de diurétiques.
  – Glycémie : hyperglycémie.
  – Cholestérolémie, triglycéridémie : élévation.
  – Electrophorèse des protéines plasmatiques : hypoalbuminémie.
  – Calcémie : hypocalcémie calculée (corrigée par l'hypoalbuminémie).
  – Electrocardiogramme à la recherche de signes d'hypokaliémie : aplatissement onde T, apparition onde U.
  – Bilan endocrinien si signes d'appel cliniques: TSHus, cortisolémie, dosages statiques et dynamiques des hormones sexuelles pour un diagnostic différentiel.
  – Fibroscopie oesogastroduodénale : confirmation de l'oesophagite et mise en évidence de l'hémorragie digestive, avec éventuellement un geste thérapeutique endoscopique.

Question n° 7

Quel(s) traitement(s) et suivi thérapeutique proposez-vous ?

- A court terme :
  – Hospitalisation en milieu psychiatrique pour bilan, prise en charge initiale et prévention du risque suicidaire.
  – Consentement signé des parents aux soins.
  – Contrat de poids : consiste ici à éviter des variations de poids.
  – Limitation des visites (discuté).
  – Correction de l'hypokaliémie.
  – Repas thérapeutiques et rééducation nutritionnelle.
  – Psychothérapie de soutien.
  – Entretiens familiaux.
  – Surveillance quotidienne : pression artérielle, fréquence cardiaque, temps passé aux toilettes (vomissements), hypokaliémie (avec ECG si hypokaliémie sévère).
  – Surveillance bihebdomadaire du poids.
  – Traitement de l'œsophagite.
  – Traitement médicamenteux ayant pour cible les crises boulimiques (effet anti-impulsif) et un éventuel syndrome dépressif associé : inhibiteur de la recapture de la sérotonine fluoxétine (Prozac®).
  – Traitement anxiolytique initialement.
- A moyen et long terme :
  – Psychothérapie individuelle (notamment cognitivo-comportementale) et familiale.
  – Suivi ambulatoire prolongé avec surveillance rechute du trouble du comportement alimentaire et syndrome dépressif.
  – Traitement médicamenteux prolongé.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 2

Question n° 1

- Arguments en faveur d'une gonarthrose :
  - Le terrain est classique (femme obèse de 70 ans).
  - La symptomatologie est typique (douleur chronique, avec aggravation progressive, de type mécanique, localisée au genou, fortement évocatrice de pathologie dégénérative).
  - L'examen physique du genou est celui d'une gonarthrose (genou enraidi et déformé en varus, épanchement articulaire, douleur en regard du compartiment fémoro-tibial interne, amyotrophie de sous-utilisation du quadriceps).
  - La radiographie du genou de face retrouve une gonarthrose fémoro-tibiale interne avec pincement complet de l'interligne, condensation osseuse, ostéophytes et déformation en varus.
  - La biologie est normale en dehors d'une insuffisance rénale, il n'y a pas d'altération de l'état général.
- Diagnostics différentiels :
  - Les rhumatismes inflammatoires chroniques donnent un tableau différent (douleur inflammatoire parfois associée à une altération de l'état général, syndrome inflammatoire biologique, douleurs d'autres articulations, lésions radiologiques peu productives).
  - Les rhumatismes inflammatoires aigus peuvent également être éliminés.
  - Une atteinte infectieuse du genou (arthrite septique) est éliminée par l'ensemble du tableau, en particulier par la clinique, la biologie et la radiographie.
  - Une coxarthrose semble éliminée par l'examen clinique (hanche souple et indolore). En cas de doute, une radiographie du bassin sera prescrite, et un test d'infiltration diagnostique pourra être envisagé.
  - Une atteinte radiculaire (cruralgie) doit être évoquée devant la localisation des douleurs et l'amyotrophie quadricipitale, néanmoins l'examen neurologique est normal et l'atteinte est unilatérale. Une imagerie du rachis lombaire doit être prescrite en cas de doute, à la recherche d'un canal lombaire étroit.
  - Une claudication vasculaire est à évoquer de principe, mais les pouls sont biens perçus.

Question n° 2

- Les déficiences sont les déficits de fonction : genou raide en flexion et en extension, genou déformé en varus, laxe dans le plan frontal, gonflé et douloureux (particulièrement lors du dérouillage), avec amyotrophie quadricipitale (perte de force).
- Les incapacités sont les déficits dans les gestes élémentaires de la vie courante : périmètre de marche inférieur à 1000 mètres, montée et descente des escaliers difficile, tâches ménagères lourdes impossibles.
- Les handicaps correspondent au retentissement social de cette gonarthrose : promenade du chien, courses au village, entretien du jardin et visite du voisinage. Ils traduisent la diminution de la qualité de vie de cette patiente qui ne peut mener ses activités physiques quotidiennes, se retrouve coupée de son environnement social et doit engager des frais pour maintenir son autonomie.
- Echelle d'évaluation des déficiences : on peut, par exemple, proposer une échelle tenant compte de l'épanchement (absent, modéré, abondant), de la perte de mobilité (0%, <20%, <50%, >50%), de la laxité (absente, modérée, importante), et de la déformation dans le plan frontal (aucune, <10%, >10%)
- Echelle générique d'évaluation des incapacités : on peut, par exemple, proposer une échelle évaluant le périmètre de marche en terrain plat (illimité, >1000 mètres, >100 mètres, <100 mètres), la pratique des escaliers (sans problème, possible avec la rampe, impossible), l'accomplissement des tâches ménagères (facile, difficile, impossible), la pratique sportive (possible, impossible).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Une échelle spécifique d'évaluation des incapacités permet de cibler plus particulièrement les incapacités liées à la gonarthrose. L'évaluation objective est plus précise et reproductible. La corrélation entre le score et la maladie est plus forte. Un tel score est utile au praticien pour juger de l'état du genou, il aide à poser l'indication opératoire, permet d'évaluer le genou après l'intervention. Un tel score est également utile pour réaliser des études cliniques avec comparaison des résultats d'un centre à un autre.

- **N.B. : Une échelle générique mesure des incapacités résultant de pathologies diverses, et évalue par définition les niveaux d'incapacité pour les actes de la vie quotidienne en général. Et pourquoi pas, en citer certaines existantes et validées : mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF), index de Barthel…**

Question n° 3

- Il s'agit du traitement préventif de la thrombose après une intervention à fort risque, sur un terrain d'insuffisance rénale et d'obésité.
- Mesures générales :
  - Porter dès l'intervention terminée des bas de contention à droite et à gauche ;
  - Surélever la jambe opérée, éviter tout point de compression ;
  - Auto-rééducation (effectuer des mouvements du pied et de la cheville, contracter le mollet régulièrement) ;
  - Prescriptions de rééducation (mobilisation précoce du genou dès J1, massages du mollet et de la cuisse, lever avec marche et appui total dès J2) ;
  - Maintenir un bon état d'hydratation.
- Prescriptions médicamenteuses :
  - La clairance de la créatinine est égale à 25, inférieure à 30, les HBPM sont donc déconseillés en préventif ;
  - On prescrit de l'héparine non fractionnée à doses préventives ;
  - Calciparine 0.2 ml, trois fois par jour ;
  - Voie sous-cutanée ;
  - Durée supérieure à 15 jours (1 mois environ, jusqu'à reprise d'une déambulation normale).
- Surveillance :
  - Surveillance de l'observance des prescriptions ;
  - Examen clinique quotidien à la recherche de signes de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire (douleur et ballottement du mollet, douleur thoracique) ; échodoppler des veines des membres inférieurs en cas de suspicion de phlébite ;
  - Dosage des plaquettes avant l'intervention, puis deux fois par semaine pendant 21 jours, puis une fois par semaine (risque de thrombopénie induite par l'héparine) ;
  - Contrôle de l'efficacité de l'anticoagulation compte tenu du risque de surdosage sur insuffisance rénale (contrôle du TCA 4 heures après la troisième injection, objectif = 1.2 à 1.5 fois le témoin).

Question n° 4

- Objectifs de la rééducation : récupération de la mobilité du genou sans compromettre la cicatrisation, récupération de la force musculaire, stabilisation et verrouillage du genou, marche autonome en terrain plat puis accidenté, pratique des escaliers, respect de l'indolence.
- Méthode de rééducation et de réadaptation en trois temps :
  - 1er temps : glaçage du genou, physiothérapie antalgique et anti-inflammatoire, massages drainants, mobilisation passive douce (manuelle et arthromotorisée), réveil puis renforcement musculaire isométrique du quadriceps, technique de l'écrase-coussin, verticalisation.
  - 2ème temps : mobilisation active pendulaire et en chaîne fermée, renforcement du quadriceps et des muscles péri-articulaires (ischio-jambiers,…), déambulation avec aide technique (déambulateur, deux cannes anglaises, puis une), gain d'amplitude articulaire, travail sur vélo ergonomique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– 3ème temps (réadaptation) : entretien articulaire et musculaire, travail dynamique de la marche, pratique des escaliers et marche en extérieur, travail de la proprioception, massage de la cicatrice.

Question n° 5

- Deux diagnostics sont à évoquer par rang de fréquence :
  – Infection du site opératoire
    * Diagnostic à évoquer systématiquement dans les 45 premiers jours, avec une biologie habituellement en retard sur la clinique (syndrome inflammatoire biologique, hyperleucocytose) ;
    * Arrêt de la rééducation, ponction du genou en urgence pour diagnostic bactériologique puis reprise chirurgicale avec prélèvements bactériologiques et lavage.
  – Algodystrophie :
    * Diagnostic d'élimination possible dans ce contexte de genou rouge, douloureux en permanence, dont la mobilité ne progresse plus.
    * La rééducation doit être modifiée, en insistant sur le glaçage, les massages drainants, et en respectant le seuil de la douleur.

- La présence d'un épanchement abondant orienterait vers le diagnostic d'hémarthrose, particulièrement dans ce contexte d'insuffisance rénale avec surdosage possible en anticoagulants. Néanmoins le genou dans ce cas n'est pas rouge. L'indication d'une ponction évacuatrice ou d'un lavage chirurgical est impérative, avec culture bactériologique systématique.
- La thrombose veineuse profonde est à évoquer de principe mais peu de signes sont en faveur.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 3

Question n° 1

- Il s'agit d'une fièvre récente de moins de 24 heures, chez un nourrisson de plus de 3 mois, bien tolérée, sans point d'appel infectieux.
- C'est donc une fièvre d'allure virale, sans signes de gravité qu'il faut traiter en ambulatoire par des mesures antipyrétiques symptomatiques physiques et médicamenteuses assorties de conseils de surveillance.
  - **Mesures physiques :** découvrir l'enfant, aérer la pièce, augmenter les boissons
  - **Mesures chimiques : monothérapie** antipyrétique par **paracétamol** en première intention : **60 mg/kg/j en 4 prises per os** (à préférer aux suppositoires à l'absorption plus aléatoire).
  - **Surveillance à expliquer clairement aux parents :** de la **température** 4 à 6 fois par jour. Reconsulter si la température persiste au-delà de 48 heures ou avant si aggravation de l'état général, somnolence, signes de mauvaise tolérance (dyspnée, diarrhée, convulsion).

NB : il n'y a pas d'indication à une bithérapie antipyrétique d'emblée .(consensus sur le traitement de la fièvre de l'enfant)

Question n° 2

- L'information doit être donnée aux parents par écrit (fiche d'information) et expliquée oralement de manière rassurante en insistant sur le caractère bénin.
- Concernant le diagnostic :
  - Il s'agit de **convulsions fébriles bénignes** caractérisées par leur survenue en **contexte fébrile** uniquement, dans la petite enfance **entre 18 mois et 5 ans** en moyenne. Elles ont un **caractère familial** et ont tendance à récidiver en contexte fébrile surtout dans l'année suivant la première crise. La plupart du temps, la crise survient lors d'une **fièvre virale**, lors de la montée de la fièvre dans les 24 premières heures.
- Concernant le pronostic :
  - Il s'agit d'une **convulsion fébrile simple** car elle est survenue en contexte très fébrile, après l'âge de 1 an, qu'elle n'a pas duré plus de 15 minutes, qu'elle était généralisée sans signes de localisation, et que l'examen neurologique était strictement normal au décours de la crise. Dans ces conditions, la crise est bénigne, sans risques de séquelles. S'agissant d'une crise convulsive simple, le risque de survenue d'une épilepsie ultérieurement ne diffère pas de celui de la population générale. Le seul risque est la récurrence en contexte fébrile notamment dans les 24 premières heures. Ce risque est entre 20 et 50% dans l'année, car la mère a eu des convulsions fébriles dans l'enfance.
  - Les moyens de prévenir les récurrences sont :

1. **Le traitement antipyrétique systématique en cas de fièvre :** par Paracétamol en monothérapie : 60 mg/kg/j en 4 prises dès le début de la fièvre associé aux mesures physiques.
2. Certaines équipes proposent de donner aussi du **Diazépam per os** toutes les 8 heures dès le début de la fièvre et tant que celle-ci dure. Compte tenu de la difficulté d'administration et des effets secondaires, il n'est recommandé de le prescrire dans les crises simples qu'en cas de récurrences fréquentes.
3. Le traitement préventif par Valproate de sodium en prise per os quotidienne a prouvé son efficacité dans la récurrence des crises convulsives fébriles. Compte tenu des effets secondaires, il n'est pas recommandé de le prescrire dans des crises convulsives simples, sans caractères de gravité ni risques de séquelles comme celle-ci.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 3

- D'après les résultats biologiques, il s'agit d'une **infection virale** probable car la CRP est normale après 48 heures de fièvre.
- Il existe une **hyperleucocytose** avec une **polynucléose** qui est en rapport avec la démargination des polynucléaires lors de la décharge adrénergique liée à la crise convulsive.
- On observe une discrète **anémie microcytaire hypochrome** (Hb = 11g/dl, VGM < 80 fl, Hématocrite < 33%, TCMH = 26 pg) en rapport avec une **probable carence martiale** qu'il faudra explorer.

Question n° 4

- L'analyse du développement staturo-pondéral fait appel à l'anamnèse, l'examen clinique et la courbe staturo-pondérale.
- Concernant les **antécédents de l'enfant :** il 's'agit d'un enfant né à terme avec des mensurations normales pour l'âge gestationnel.
- Ses parents mesurent 181 et 168 cm, ce qui fait une **taille cible génétique** de l'enfant à 181+168+13/2 = 181 cm soit une taille finale attendue plutôt grande (+1DS)
- **Sa croissance initiale les 6 premiers mois de vie,** se situe au 50ème percentile pour le poids et à +1DS pour la taille (conformément à sa taille génétique). Il n'y a pas de renseignements pour le PC en dehors de celui de naissance qui est à la médiane.
- On observe à partir de l'âge de 6 mois **une cassure de la courbe staturo-pondérale et de PC** avec une perte de plus de 2 couloirs successifs (c'est-à-dire de plus de 2 déviations standards) pour chacun des paramètres, poids, taille et PC. Il n'y a pas de prédominance d'un des paramètres, tous ont été modifiés dans les mêmes amplitudes et en même temps.
- Il s'agit donc d'un **retard staturo-pondéral** (tous les paramètres sont inférieurs à – 2DS) avec cassure de la **courbe staturo-pondérale** (diminution de la vitesse de croissance) évoquant une **anomalie grave,** évolutive, **acquise à l'âge de 6 mois** ayant quasiment stoppé la croissance de l'enfant.

Question n° 5

- Les principales anomalies du développement à évoquer sont des anomalies acquises :
  - **Maladie cœliaque** du fait de la cassure SP, l'âge de début, l'anémie et la carence martiale.
  - **Mucoviscidose** du fait de la cassure SP, l'âge de début, l'association avec des infections respiratoires à répétition et des signes de carence évoquant une maldigestion.
  - **Une malnutrition chronique et un nanisme psychoaffectif** en rapport avec une **maltraitance :** cassure SP et PC sans prédominance, facteurs de risque de maltraitance (âge jeune des 2 parents, grande fratrie, mauvaises conditions socio-économiques, suivi médical irrégulier), signes de carence.
- L'enquête étiologique fait appel à une **hospitalisation initiale** de l'enfant indispensable pour observer son comportement alimentaire et sa courbe de croissance en dehors de son milieu familial.
- **L'anamnèse** recherche :
  - Des éléments en faveur d'une **maladie cœliaque :** âge d'introduction des **farines avec gluten, anorexie,** existence d'un syndrome de **malabsorption** (selles diarrhéiques malodorantes et grasses) ;
  - Des éléments en faveur d'une **mucoviscidose :** antécédent néonatal de **retard à l'émission de méconium,** dépistage de la mucoviscidose, existence d'une bronchite chronique ;
  - Des éléments en faveur d'une **maltraitance :** antécédents de **signalement administratif ou judiciaire dans la fratrie,** développement staturo-pondéral de la fratrie, **explications confuses** des parents.
- **L'examen clinique** recherche :
  - D'autres signes de carence (rachitisme, troubles de la peau et des phanères).
  - Des signes de maltraitance (hématomes, anciennes fractures, hémorragie rétinienne au fond de l'œil).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Un syndrome bronchique.
– Un ballonnement abdominal et la " fesse triste ".

Question n° 6

- Examens complémentaires à réaliser :
  – A visée diagnostique :
    * **Test de la sueur** suivi d'une analyse moléculaire en cas d'anormalité pour diagnostic de mucoviscidose.
    * **Anticorps antigliadine** de type IgG et IgA, anti endomysium de type IgA et anti-transglutaminase tissulaire suivis en cas de positivité d'une **biospie duodénale** par **fibroscopie oeso-gastro-duodénale** pour diagnostic de la maladie cœliaque. Le diagnostic sera porté devant l'existence d'une **atrophie villositaire totale.**
    * **Radios de squelette entier** pour diagnostic de syndrome de Silverman.
  – Pour le retentissement :
    * Radio de thorax.
    * NFS, VS, ionogramme sanguin, calcémie, ferritinémie, vitamine A, D, E, électrophorèse des protéines plasmatiques.
  – Pour le diagnostic différentiel :
    * Urémie et créatiniémie et bandelette urinaire.
    * T3, T4 et TSH.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 4

Question n° 1

- Le diagnostic d'asthme peut être retenu chez cette patiente car elle en a les signes classiques :
  - Des épisodes de dyspnée expiratoire sifflante d'abord nocturnes puis diurnes, variables dans le temps avec une amélioration spontanée des crises.
  - L'apparition d'une rhinite et d'une conjonctivite en même temps que la dyspnée chez cette patiente aux antécédents de dermatite atopique est aussi un argument pour le diagnostic d'asthme.
  - Age jeune, argument de fréquence, caractères récidivants des symptômes.

Question n° 2

- Pour étayer le diagnostic d'asthme professionnel au hamster, il faut préciser la date d'apparition de la dyspnée par rapport au début de l'exposition aux rongeurs et si les signes disparaissent pendant les vacances.

(Unité de temps, de lieu et d'action).

- Il faut rechercher d'autres causes :
  - Une exposition professionnelle aux produits d'entretien des cages.
  - Des prises médicamenteuses.
  - Un pyrosis, des régurgitations en faveur d'un reflux gastro-oesophagien aggravant le trouble.
  - Des arguments pour une infection ORL chronique (foyer infectieux sinusien par exemple).
  - La présence d'animaux domestiques
  - Altération de l'état général

Question n° 3

- Le premier enregistrement est une courbe débit/volume réalisée avant la prise des béta 2 mimétiques.
- Le second enregistrement est une courbe débit/volume réalisée après la prise des béta 2 mimétiques.

Question n° 4

- L'épreuve fonctionnelle respiratoire permet de conclure à un syndrome obstructif modéré, pur, **réversible.**
- Il y a un syndrome obstructif car le rapport de Tiffeneau (VEMS/CV) est inférieur à 75 %. Il y a une obstruction distale car les DE 25-75 sont abaissés.
- Le syndrome obstructif est modéré car le VEMS est supérieur à 50 %.
- Le syndrome obstructif est pur car la CPT et la CV sont normales : il n'y a pas de syndrome restrictif associé.
- Le syndrome obstructif est réversible car le VEMS augmente de plus de 12 % après inhalation de béta2 mimétiques (17%).

Question n° 5

- Pour étayer le diagnostic d'asthme professionnel aux hamsters, on pratique des examens allergologiques :
  - Prick test.
  - Dosage des IgE spécifiques (RAST).
- On élimine les diagnostics différentiels :
  - Radiographie des sinus.
  - La radiographie de thorax a déjà été réalisée.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 6

- Les deux principales anomalies des voies aériennes visées par le traitement sont :
  - L'hyper réactivité bronchique avec les béta 2 mimétiques.
  - L'inflammation avec les corticoïdes.

Question n° 7

- Le traitement s'articule sur plusieurs axes.
- Il faut proposer une éviction du facteur déclenchant et des facteurs aggravants :
  - Envisager un reclassement professionnel pour ne plus être au contact des rongeurs.
  - Arrêter le tabac.
  - Le reclassement se fera avec l'aide du médecin du travail.
- On prescrit un traitement médicamenteux devant cet asthme persistant modéré :
  - Des corticoïdes inhalés et des béta 2 agonistes de durée d'action prolongée de façon systématique.
  - Les béta 2 agonistes de courte durée d'action sont prescrits pour les crises.
- Ce traitement s'accompagne d'une éducation :
  - Apprentissage de la prise des médicaments inhalés (aérosols doseurs), rincage de la bouche après la prise.
  - Apprentissage de la mesure du débit expiratoire de pointe.
  - Apprentissage des signes devant faire consulter en urgence.

- Autres conseils d'éducation :
  - Explication de la différence entre traitement de fond et traitement de la crise.
  - Contre-indications médicamenteuses : signaler cette maladie a tout médecin.
  - Ne pas interrompre le traitement.
  - Traitement des foyers infectieux dentaires et stomatologiques.
  - Traitements associés : traitement de la rhinoconjonctivite par corticoïdes locaux.

Question n° 8

- Oui.
- L'asthme fait partie du tableau des maladies professionnelles chez les personnes travaillant au contact de rongeur.
- Si l'on confirme le diagnostic par l'interrogatoire puis les examens complémentaires, la patiente peut faire reconnaître son asthme comme maladie professionnelle car elle remplit toutes les conditions du tableau :
  - Profession exposée
  - Durée d'exposition.
  - Asthme au hamster.

Question n° 9

- La surveillance de l'efficacité du traitement s'appuie sur l'auto-surveillance de la malade.
- En consultation, on doit récupérer les mesures des débits expiratoires de pointe afin de voir si les variations nycthémérales se sont atténuées.
- On interroge la malade sur la fréquence de la consommation des béta 2 agonistes de courte durée d'action qui est un reflet de la fréquence des crises.
- On vérifie que la rhinite et la conjonctivite ont disparu à l'arrêt de l'exposition aux hamsters et que la malade a arrêté de fumer.
- On chiffre le nombre de jours d'arrêt de travail dus à l'asthme.
- A l'examen physique, on recherche des sibilants à l'auscultation pulmonaire.
- Une simple consultation est nécessaire dans les 3 premiers mois.
- Aucun examen complémentaire ne doit être prescrit.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 5

Question n° 1

- Lorsque l'on peut, à la palpation abdominale, glisser les doigts entre la limite supérieure de l'anévrysme et l'auvent costal, cela signe le caractère sous-rénal de l'anévrysme.
- C'est le signe de De Bakey.

Question n° 2

- Il existe un risque majoré d'accidents thrombo-emboliques chez ce patient car :
  - Antécédents personnels de 2 embolies pulmonaires.
  - Antécédents familiaux : mort subite chez le père au décours d'une chirurgie orthopédique faisant évoquer une embolie pulmonaire massive.

Question n° 3

- L'âge : l'incidence augmente rapidement chez l'homme après 55 ans.
- Le sexe masculin (risque multiplié par 10).
- Le tabagisme.
- L'hypertension artérielle.
- L'athérosclérose diffuse (ici, athérome carotidien).

Question n° 4

- L'ECG montre :
  - Un rythme régulier.
  - Sinusal.
  - A une fréquence de 85/min.
  - L'espace PR normal est compris entre 0.12 et 0.20 secondes. Il est ici de 0.18 sec.
  - L'axe de QRS est à –30°.
  - On note une onde Q de nécrose en D_2D_3VF (territoire inférieur) D_2D_3VF
  - Avec des ondes T négatives (ischémie sous-épicardique) dans le territoire inférieur.
  - Repolarisation anormale dans le territoire apico-latéral (V_4,V_5,V_6), ondes Taplaties
  - Bloc incomplet gauche (QRS de durée > 0,08 sec).
- On conclut à un probable infarctus transmural dans le territoire inférieur de date indéterminée (semaines, mois, années ?).

NB : il faudrait examiner les dérivations postérieures (V_7,V_8,V_9) et droites (V_3R, V_4R).

- Il faut ensuite réaliser un bilan cardiaque et coronaire :
  - Echocardiographie et doppler cardiaque :
    - Evalue la fonction segmentaire et globale.
    - Recherche un anévrysme VG.
    - Recherche une valvulopathie.
  - Coronarographie :
    - Fait le bilan lésionnel coronaire.
    - Compte tenu de l'altération de la fonction rénale, on utilisera un produit de contraste iso-osmotique non ionique, le minimum possible.
    - Et une perfusion de N-acétylcystéïne et de bicarbonate avant l'examen.

Question n° 5

- Ce patient âgé, bronchopathe chronique, présentant une dyspnée importante, doit bénéficier d'un bilan respiratoire comportant :

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

1. Radiographie de thorax :

* Evalue la distension thoracique.
* Recherche des bulles.
* Une ou des opacités parenchymateuses.

2. Epreuves fonctionnelles respiratoires avec gaz du sang :

* Les gaz du sang recherchent :
  - Hypoxémie.
  - Hypercapnie.
* Les EFR mesurent ou recherchent :
  - Le VEMS (inférieur à 1 litre, il contre-indique une intervention chirurgicale majeure, en particulier thoracique).
  - Le rapport VEMS/CV (abaissé < 70 %).
  - Met en évidence la distension par une augmentation du volume résiduel (VR) et de la capacité résiduelle fonctionnelle.
  - Un écrasement de la courbe débit-volume.
  - Une éventuelle réversibilité partielle aux épreuves pharmacologiques.

3. Autres examens possibles :

* Scanner thoracique :
  - Recherche de distension, bulle, image évocatrice de néoplasie.
* Fibroscopie bronchique :
  - Faite si la RP ou le scanner font redouter un cancer.
  - Si le patient s'est plaint d'hémoptysie.

- Au total :
  – Ce bilan respiratoire doit évaluer la gravité du trouble ventilatoire obstructif et rechercher une éventuelle contre-indication opératoire.

Question n° 6

- Chez ce patient insuffisant rénal et compte tenu du risque d'insuffisance rénale aggravée par l'injection de produit de contraste iodé lors d'un angioscanner, le meilleur examen est une IRM avec angiographie par résonance magnétique (ARM).

Question n° 7

- La taille de l'anévrysme (6 cm) est une indication opératoire formelle compte tenu du risque important de rupture.
- Cependant, ce patient présente des pathologies sévères associées :
  – Probable cardiopathie coronarienne avec peut-être insuffisance cardiaque.
  – BPCO sévère.
  – Athérome carotidien menaçant.
- Ces pathologies peuvent motiver par elles-mêmes une intervention (pontages coronaires, angioplastie, chirurgie carotidienne) et/ou être contre-indiquées par la gravité de l'atteinte respiratoire.
- Compte tenu des risques encourus, le traitement de l'anévrysme sera préférentiellement la mise en place percutanée d'une endoprothèse aortique.

Question n° 8

- Il n'est pas précisé dans l'énoncé si le tabagisme est sevré ou non !
- S'il n'est pas sevré, il faut entamer le sevrage le plus tôt possible.
- Evaluation initiale du tabagisme :
  – Age de début, régularité, tentatives d'arrêt fructueuses ou non
  – Degré de dépendance apprécié par le test de Fagerström

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Les patchs nicotiniques sont contre-indiqués compte tenu de l'infarctus myocardique probable.
- Il faut accompagner le sevrage par :
  - Une consultation médicale spécialisée.
  - Une aide psychologique.
  - Eventuellement des thérapies telles l'acupuncture.
  - Psychothérapie cognitivo-comportementale +++.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 6

Question n° 1

- Les signes suivants sont identifiés dans l'observation :
  - Signes d'insuffisance respiratoire chronique :
    - * Dyspnée d'effort ancienne.
    - * Hippocratisme digital témoignant de l'évolution chronique.
  - Probable emphysème :
    - * présence d'une distension thoracique.
  - Signes de détresse respiratoire aiguë :
    - * Dyspnée d'effort stade III de la NYHA d'aggravation récente.
    - * Polypnée.
    - * Signes d'hypercapnie : céphalées, sueurs, hypertension artérielle.
    - * Signe d'hypoxie : Cyanose.
  - Signes de bronchite aiguë infectieuse :
    - * Ronchi.
    - * Fièvre.
    - * Sans opacité parenchymateuse visible en radiographie thoracique.
  - Signes de pneumothorax droit complet :

Douleur thoracique droite brutale.
Image de pneumothorax droit identifié par la présence d'une zone hyperclaire latérale délimitée par une ligne bordante.

  - Il existe des signes de gravité :
    - Cyanose.
    - Tachypnée.
- Les diagnostics retenus sont donc ceux d'une décompensation aiguë d'une insuffisance respiratoire chronique probablement obstructive (emphysème dans le cadre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive-BPCO) à l'occasion d'un pneumothorax avec signes de bronchite aiguë infectieuse.

Question n° 2

- Prioritairement : une oxygénothérapie nasale à débit adapté à la saturation en oxygène avec comme objectif d'avoir une saturation au moins à 90 %.
- Puis rapidement : drainage du pneumothorax droit, à réaliser, soit dans un box de "déchoquage" aux urgences (monitorage des fonctions vitales indispensable), soit dans un service de réanimation.
- En fonction de l'évolution de la capnie après oxygénothérapie et drainage, on peut envisager une ventilation non invasive.
- Les gestes associés sont :
  - Monitoring cardiaque, tensionnel et de la saturation.
  - Des antalgiques par voie parentérale en évitant les morphiniques.
  - Traitement antihypertenseur intraveineux par inhibiteur calcique de type Loxen®.
  - Bronchodilatateurs pour traiter l'acutisation aiguë de la BPCO.
  - Une antibiothérapie peut se discuter, mais n'est pas prioritaire et immédiate dans ce contexte.
- La prise en charge se justifie en urgence en raison des signes de mauvaise tolérance ou de gravité, particulièrement de signes d'hypoxie et d'hypercapnie sur un terrain d'insuffisance respiratoire chronique.

Question n° 3

- Une bronchite chronique est suspectée en raison d'un facteur favorisant, le tabagisme important (même si son sevrage est récent), et en raison la présence d'une toux et d'une expectoration depuis au moins deux ans (plusieurs années), saisonnière, durant au moins trois mois (les mois

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

d'hivers) et pouvant être mucopurulente (expectoration sale).

- La bronchite chronique répond à une définition clinique : hypersécrétion de mucus suffisante pour entraîner une toux et une expectoration muqueuse ou mucopurulente quotidienne, au moins trois mois consécutifs par an, depuis au moins deux années consécutives.

Question n° 4

- Les autres facteurs déclenchants sont :
  - Une surinfection broncho-pulmonaire aiguë marquée par des expectorations mucopurulentes d'apparition récente, c'est la cause la plus fréquente.
  - La prise d'hypnotiques, particulièrement de benzodiazépines, pouvant entraîner ou aggraver une hypercapnie.
  - Douleur liée au pneumothorax diminuant l'ampliation thoracique.
  - Insuffisance ventriculaire gauche sur crise aiguë hypertensive possiblement favorisée par la douleur. On suspectera également une ischémie myocardique chez cet homme tabagique.
  - Une embolie pulmonaire sera suspectée de principe.
  - Une néoplasie primitive pulmonaire expliquant le pneumothorax devra toujours être évoquée, imposant la réalisation au minimum d'une tomodensitométrie thoracique.
- Principes thérapeutiques :
  - Hospitalisation.
  - Oxygénothérapie à débit adaptée à la saturation en oxygène avec comme objectif d'avoir une saturation au moins égale à 90 %.
  - Arrêt des hypnotiques.
  - Antibiothérapie de type amoxicilline + acide clavulanique ou macrolides.
  - Broncho-dilatateur, initialement en traitement d'attaque sous forme de nébulisation de b2 mimétiques ± anticholinergiques, puis en traitement d'entretien plutôt à base d'anticholinergiques.
  - Corticothérapie générale et inhalée pour traiter la composante inflammatoire. Elle doit être de courte durée pour la voie générale (maximum 5 jours) et la voie inhalée en traitement de fond dépendra de la réversibilité, même partielle, de l'obstruction bronchique après broncho-dilatateur (pas de consensus absolu sur l'utilisation des corticoïdes inhalés en traitement de fond de la BPCO).
  - La kinésithérapie sera prescrite après résolution du pneumothorax en évitant les efforts à glotte fermée.
  - Surveillance clinique et radiologique avec prise en charge pneumologique de la BPCO.

Question n° 5

- L'information du patient doit être LOYALE, LIBRE, CLAIRE, APPROPRIEE, ECLAIREE, COMPLETE, ADAPTEE AU PATIENT, en vérifiant la compréhension. Elle concerne la maladie, les traitements, le pronostic.
- L'éducation du malade comprend :
  - Ne pas reprendre le tabagisme et éviter le tabagisme passif
  - Contre-indication aux hypnotiques et sédatifs, de même, que les antitussifs et les fluidifiants bronchiques. Pas d'auto-médication. Sur le même principe, informer ses médecins qu'il a une BPCO.
  - Vaccination antigrippale et antipneumococcique annuelle.
  - Dépistage et traitement des infections stomatologiques et ORL annuel.
  - Suivi fonctionnel respiratoire régulier.
  - Parler au patient de l'oxygénothérapie de longue durée et la mettre en route si elle est indiquée.
  - Envisager un ré-entraînement à l'effort (réhabilitation respiratoire).
  - Insister sur l'importance de la kinésithérapie respiratoire.
  - Poursuite du traitement à vie.
  - Connaître les signes et la conduite à tenir en urgence en cas d'exacerbation.
  - Par ailleurs, chez ce patient ancien grand tabagique, il faut prodiguer des conseils hygiéno-diététiques a visée cardio-vasculaire : activité physique, renutrition adaptée.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 7

Question n° 1

- Syndrome occlusif colique par obstruction.
- Les arguments pour un syndrome occlusif sont:
  - Douleur abdominale.
  - Arrêt des matières et des gaz.
  - Météorisme abdominal.
- Les arguments pour la localisation colique et le mécanisme par obstruction sont :
  - Début progressif.
  - Absence de vomissements.
  - Ampoule vide au toucher rectal.
  - Douleur en fosse iliaque droite par probable dilatation cæcale.
- Sur la radiographie d'abdomen sans préparation de face :
  - Dilatation de la boucle sigmoïdienne avec niveau hydro-aérique net sur le sigmoïde
  - Dilatation cæcale avec valvule forcée (présence d'un petit niveau hydro-aérique du grêle)
  - Niveaux hydro-aériques peu nombreux et plus hauts que larges évocateurs d'un obstacle colique

Question n° 2

- Opacification colique par voie basse (lavement aux hydrosolubles).
- Tumeur sténosante du sigmoïde devant :
  - Lacune à angle de raccordement aigu traduisant une sténose organique.
  - Sténose irrégulière mais franchissable (pas d'arrêt complet de la progression du produit de contraste) avec dilatation d'amont.
  - Image " en trognon de pomme ".

Question n° 3

- Scanner abdominal avec opacification par voie basse et injection de produit de contraste.

Question n° 4

- Le diagnostic étiologique le plus probable est celui d'adénocarcinome du sigmoïde.

Question n° 5

- En urgence, traitement chirurgical :
  - Hémicolectomie gauche avec curage ganglionnaire.
  - Le rétablissement de la continuité dans le même temps ou la protection par une stomie sera fonction des constatations per opératoires.
  - Une colostomie de décharge en urgence pourrait également être envisagée.
  - L'urgence se justifie par le risque de perforation diastatique.
- L'alternative est la pose d'une prothèse colique.

Question n° 6

- Echographie hépatique.
- Radio de thorax face et profil.
- Coloscopie 3 à 6 mois après l'intervention puisque ce patient n'a pas eu de coloscopie pré opératoire.
- Marqueurs tumoraux pour certains (ACE, CA 19-9).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 7

a) En cas de cancer colique non métastatique résécable :

- Traitement CURATIF envisagé
- Prise en charge globale, multidisciplinaire
- Après information du patient, et recueil du consentement libre éclairé
- Premier temps chirurgical :

Exérèse du cancer avec une marge distale et proximale d'au moins 5 cm, une marge circonférentielle saine et une exérèse en bloc du mésocolon attenant avec repérage du pédicule vasculaire, curage ganglionnaire (au moins 12 ganglions)

- Deuxième temps : chimiothérapie adjuvante si indication

Dans les stades III sur l'analyse histologique de la pièce, c'est à dire en cas d'envahissement ganglionnaire.

La chimiothérapie se discute dans les stades II en cas de facteurs de mauvais pronostic comme la révélation par un occlusion ou une perforation, l'âge jeune, invasion lymphatique, nerveuse ou vasculaire

- Mesures associées :
  - Renutrition
  - Traitement antalgique si besoin
  - Soutien psychologique
  - Prise en charge a 100%

b) En cas de cancer métastatique : traitement palliatif

Question n° 8

- Consultation avec examen clinique complet tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans.
- Echographie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans.
- Radiographie pulmonaire annuelle pendant 5 ans.
- Coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale (à 1 an seulement si 3 adénomes ou plus dont un supérieur à 1 cm ou contingent villeux).

Question n° 9

- 2 métastases hépatiques dans le lobe droit (segment VI -VII).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 8

Question n° 1

- Insuffisance surrénale aiguë sur insuffisance surrénale chronique (maladie d'Addison).
  - Eléments en faveur :
    - Altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement et anorexie.
    - Clinique : douleurs abdominales depuis plusieurs semaines avec vomissements récents.
    - Inspection : mélanodermie, présente aussi au niveau des mamelons avec taches ardoisées sur la muqueuse buccale.
    - Examen physique : déshydratation extra cellulaire avec tachycardie, hypotension artérielle, hyperthermie modérée.
    - Biologie : hyponatrémie, hyperkaliémie, hypoglycémie.
    - Insuffisance rénale, probablement d'origine fonctionnelle sur déshydratation.
- Hypoglycémie organique sur syndrome tumoral :
  - Eléments en faveur :
    - Hypoglycémie vraie.
    - Associée à des signes évoluant depuis plusieurs mois (altération de l'état général, amaigrissement...) pouvant faire évoquer un syndrome tumoral.
  - Eléments en défaveur :
    - Mélanodermie et taches ardoisées, en faveur d'une insuffisance surrénale.
    - Hyponatrémie et hyperkaliémie, s'intégrant mal dans le tableau d'hypoglycémie.
- Pancréatite aiguë sur pancréatite chronique
  - Eléments en faveur :
    - Douleurs abdominales depuis plusieurs semaines avec amaigrissement, pouvant faire évoquer une pancréatite chronique.
    - Associées à des troubles digestifs récents.
    - Tableau clinique actuel, associant une hyperthermie modérée avec une hypotension artérielle pouvant faire évoquer une poussée de pancréatite aiguë.
  - Eléments en défaveur :
    - Le tableau clinico-biologique évoque surtout une insuffisance surrénale.
    - Absence de douleur abdominale à la palpation.
    - Bilan biologique hépatique strictement normal.
    - Absence d'hyperleucocytose.
    - Hypoglycémie (dans le cas d'une pancréatite chronique, il existe surtout une hyperglycémie par carence insulinique).
- Sepsis sévère
  - Eléments en faveur :
    - Hyperthermie avec hypotension artérielle, qui doit faire évoquer de principe une hypothèse infectieuse.
  - Eléments en défaveur :
    - Pas de foyer infectieux clinique.
    - Pas d'hyperleucocytose.
    - Evolution chronique avec altération de l'état général depuis plusieurs mois.
    - Arguments cliniques et paracliniques en faveur d'une autre hypothèse (insuffisance surrénale).
- Le diagnostic chez ce patient est celui d'une insuffisance surrénale aiguë

NB : le tableau est typique d'une insuffisance surrénale aiguë compliquant une insuffisance surrénale chronique. Les autres diagnostiques sont peu probables.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 2

- Hypoglycémie liée à l'insuffisance corticotrope (diminution de la néoglucogénèse hépatique).
- Hyponatrémie mixte :
  - De déplétion par pertes digestives (vomissements) et déficit de réabsorption du sodium au niveau du tube contourné distal (carence en minéralocorticoïdes).
  - De dilution par sécrétion d'hormone anti-diurétique (la carence en glucocorticoïdes entraîne une sécrétion importante d'ADH).
- Hyperkaliémie liée à un déficit d'excrétion du potassium au niveau du tube contourné distal du fait de la carence en minéralo et glucocorticoïdes.

Question n° 3

- Il s'agit d'une urgence thérapeutique.
- Aucun examen ne doit retarder le traitement.
- En pratique :
  - On prélève du sang pour doser le cortisol et l'ACTH.
  - On institue un traitement gluco- et minéralocorticoïde substitutif immédiatement après la prise de sang, sans attendre les résultats.
  - Les dosages de cortisol et d'ACTH seront effectués ultérieurement.
  - Le test au Synacthène, qui affirme le diagnostique de maladie d'Addison, sera effectué à distance de l'épisode aigu, après stabilisation de l'état du patient et normalisation des paramètres biologiques.
- Le diagnostique d'insuffisance surrénale repose sur l'association :
  - Cortisolémie basse.
  - Avec ACTH plasmatique élevée.
  - et absence d'élévation de la cortisolémie après injection d'ACTH (Synacthène®).
- En plus du diagnostic de cette insuffisance surrénale, il faudra effectuer à distance un bilan à visée étiologique :
  - Bilan immunologique :
    - * Anticorps antisurrénale, anticorps anti 21 hydroxylase.
  - Bilan à la recherche d'une tuberculose surrénalienne :
    - * Prélèvement des urines 3 jours de suite à la recherche du BK (examen direct et mise en culture).
    - * Recherche d'autres localisations tuberculeuses : poumons (BK crachats 3 jour de suite).
- Afin d'éliminer les diagnostics différentiels, on effectuera :
  - Bilan pancréatique avec amylase, lipase.
  - Bilan bactériologique avec hémocultures, examen cytobactériologique des urines.

Question n° 4

- Ce cliché apporte le diagnostic étiologique.
- En objectivant la présence d'une calcification.
- En projection de l'aire surrénalienne gauche.
- Faisant porter le diagnostic de tuberculose surrénalienne.
- A l'origine de l'insuffisance surrénale.

Question n° 5

- En urgence :
- Hospitalisation en réanimation.
- Pose d'une voie veineuse périphérique, scope cardiotensionnel, (car dyskaliémie).
- Correction de l'hypoglycémie.
  - Par apport de glucosé par voie parentérale.
- Opothérapie substitutive :

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Supplémentation glucocorticoïde.
– Par hémisuccinate d'hydrocortisone.
– 100 mg intraveineux direct.
– puis 400 mg par jour IVSE.
– supplémentation minéralocorticoïde.
– par desoxycortone (Syncortyl®).
– 20 mg/j.

- Réhydratation massive par du sérum physiologique, 4 à 6 litres sur les 24 premières heures.
- Correction des anomalies hydro électrolytiques, en particulier correction d'une acidose métabolique par apport de bicarbonates.
- Traitement symptomatique des troubles digestifs.
- Surveillance :
  – Clinique : surveillance horaire
    * Fréquence cardiaque, pression artérielle, température, saturation périphérique en oxygène, diurèse, hémoglucotest.
    * Neurologique : état de conscience.
    * Symptomatologie digestive : disparition des douleurs abdominales, des vomissements.
  – Paraclinique : surveillance quotidienne
    * Ionogramme plasmatique, urée créatinine.
    * Glycémie.
    * Ionogramme urinaire.
    * Electrocardiogramme.

Question n° 6

- Traitement substitutif à vie :
  – Opothérapie substitutive
  – Associant un glucocorticoïde
  – Hydrocortisone 30 mg / j en 2 prises (20 mg le matin et 10 mg le soir)
  – Avec posologie double pendant la durée du traitement antituberculeux (induction enzymatique avec la rifampicine)
  – Et un minéralocorticoïde
  – 9 fludrocortisone
  – 50 μg / j le matin
- Traitement étiologique : traitement antituberculeux si le diagnostic est confirmé
  – Quadrithérapie antituberculeuse
  – Association isoniazide, rifampicine, éthambutol et pyrazinamide
  – Pendant 2 mois
  – Puis relais par bithérapie
  – Associant isoniazide et rifampicine
  – Pour une durée totale de traitement de plus d'un an (il s'agit le plus souvent d'une tuberculose disséminée avec atteinte d'autres organes)
  – A adapter éventuellement en fonction :
    * Des autres atteintes organes
    * De la fonction rénale, des enzymes hépatiques
    * De l'antibiogramme
- Conseils pratiques :
  – Régime normosodé, prévention de la déshydratation et du coup de chaleur
  – Education sur sa maladie
  – Port d'une carte d'Addisonien, expliquant la maladie ; le traitement pris ; le nom et l'adresse du médecin qui le suit ; la personne à prévenir.
  – Lui indiquer qu'il doit augmenter la posologie de glucocorticoïdes en cas de stress (fièvre, maladie aiguë, intervention chirurgicale).
  – Apprentissage des signes cliniques d'insuffisance surrénale aiguë. En cas d'apparition de ces signes, il doit augmenter la posologie du traitement substitutif.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Le patient doit disposer d'une ampoule d'hydrocortisone injectable en cas d'intolérance digestive, avec éducation des proches à l'injection.

- Conseils en rapport avec la prise du traitement antituberculeux :
  – Pas d'alcool avec les antituberculeux.
  – Eviter le port de lentilles de contact avec la rifampicine.
  – Ne pas prendre d'autres médicaments sans en informer le médecin (interactions médicamenteuses avec les antituberculeux).
  – Pas de prise de paracétamol (risque d'hépatotoxicité avec antituberculeux).
- Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
- Déclaration obligatoire de la tuberculose.

Question n° 7

- On ne lui donne aucune information car :
  – On ne peut pas donner de nouvelles par téléphone.
  – On ne peut pas donner de nouvelles à l'employeur.
  – On peut lui signaler que seul le patient peut, sans en être obligé, donner des informations sur son état de santé, et que s'il désire des nouvelles il doit s'adresser à l'intéressé.
  – Le seul cas où on pourrait lui donner des nouvelles est s'il avait été désigné par le patient comme sa personne de confiance.
- Quand à la reprise du travail, on ne donne pas d'information à l'employeur.
- C'est le patient qui pourra fournir un bulletin d'hospitalisation attestant de son hospitalisation actuelle et qui fait office d'arrêt de travail.
- A sa sortie d'hôpital, il fournira un certificat d'arrêt de travail rempli par le médecin.
- En aucun cas le médecin ne peut donner d'information à l'employeur sur l'état de santé du patient, la durée prévisible d'arrêt de travail ou le pronostic fonctionnel à court, moyen ou long terme.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CORRIGE DU DOSSIER N° 9

Question n° 1

- L'hépatite C n'est pas une contre-indication à la grossesse et la grossesse n'aggrave pas l'hépatite C. Le cours de la grossesse et le développement du fœtus ne sont donc pas perturbés par l'hépatite C.
- Même si le risque de transmission du VHC de la mère à l'enfant n'existe que si la mère est virémique et que la transmission du virus C a lieu probablement au moment de l'accouchement l'infection par l'hépatite C n'influence pas le mode d'accouchement.
- En effet, le mode d'accouchement (par voie naturelle ou par césarienne) ne modifie pas le risque de transmission du virus C au nouveau-né.
- En dehors d'une insuffisance hépatique, il est intéressant de rechercher l'ARN du virus C dans le sang. Cette recherche sera répétée au cours de la grossesse.
- Par ailleurs, il est également important de faire le bilan des autres causes d'hépatites qui ont des implications au cours de la grossesse : sérologie CMV et hépatite B.
- Enfin, il faut réaliser un suivi biologique standard de la grossesse avec en début de grossesse :
  - Taux d'hémoglobine
  - Mise à jour de la carte de groupe sanguin avec phénotypage complet
  - Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), d'autant que cette patiente a déjà été transfusée
  - Sérologies rubéole et toxoplasmose en l'absence de sérologie antérieurement positive
  - Sérologie syphilis
  - Proposer la sérologie HIV, surtout dans le contexte post-transfusionnel.
- Le suivi mensuel sera par la suite adapté à la sérologie toxoplasmose et aux RAI. Il devra en plus comporter un taux d'hémoglobine, une recherche d'antigène HBs et un dépistage du diabète gestationnel entre 24 et 28SA.

N.B. : Cette consultation est l'occasion de mettre en place une supplémentation préventive par des folates afin de prévenir les anomalies de fermeture du tube neural fœtal.

Question n° 2

- Ces chiffres sont supérieurs aux normales au cours de la grossesse dont la limite supérieure est 140 mm Hg pour la pression artérielle systolique et 90 mm Hg pour la pression artérielle diastolique.
- Cette patiente a donc une hypertension artérielle. Si cette hypertension artérielle n'était pas présente auparavant, elle est à considérer comme " gravidique "
- La seule recommandation non médicamenteuse ici est l'arrêt de travail et le repos.
- Le but de ces mesures serait de limiter les conséquences de l'HTA sur la grossesse.

N.B. : il n'y a pas de précaution concernant le régime alimentaire chez ces patientes. L'hospitalisation et la surveillance de la pression artérielle ne sont pas des mesures prophylactiques. En l'absence d'information sur la présence ou non de protéinurie, on ne peut pas donner plus d'information sur cette hypertension artérielle.

Question n° 3

- Le poids est en dessous du 3e percentile "
- Ce nouveau-né est hypotrophe et c'est une hypotrophie sévère.
- Si le poids est inférieur au 10e percentile, la taille et le périmètre crânien sont au dessus constituant ce que certains appellent une hypotrophie dysharmonieuse.
- Cette hypotrophie est la conséquence d'un retard de croissance intra-utérin qui peut lui-

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

même être la conséquence d'une mauvaise circulation foeto-maternelle dans le cadre de l'hypertension artérielle, surtout si elle c'est une prééclampsie.
- Il faut également rechercher une cause virale à cette hypotrophie.

Question n° 4

- Concernant l'hépatite C et l'allaitement maternel :
  - L'allaitement maternel n'augmente pas le risque de contamination.
  - Les recommandations françaises ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel pour les mères porteuses chroniques du VHC. Cependant, il semble raisonnable pour l'instant de limiter l'allaitement aux mères qui ont une charge virale négative.
- Conseils pour l'allaitement maternel :
  - Les mamelons doivent être nettoyés et séchés avant et après chaque tétée.
  - La première mise au sein doit être précoce, dès la salle de travail.
  - Le nouveau-né doit être positionné face à la mère permettant une prise correcte du sein (bouche grande ouverte et langue vers le bas). La position doit être confortable pour la mère et l'enfant (assise ou couchée).
  - L'allaitement peut être fait à la demande, environ 6 à 7 fois par jours au début.
  - On peut alterner les seins d'une tétée à l'autre, ou lors de la même tétée, ceci afin d'éviter un engorgement mammaire.
  - L'alimentation de la mère doit être normale et variée, avec des boissons abondantes. Il faut éviter la prise de toxiques (alcool, tabac, drogues) ou d'excitants. Il faut également proscrire toute auto-médication.

N.B. : il n'y a aucun cas démontré de transmission de l'infection par le VHC via le lait maternel

Question n° 5

- C'est une montée laiteuse simple, appelée également une congestion mammaire. Le traitement et la prévention des complications reposent sur des tétées efficaces.

- La surveillance doit porter sur les signes cliniques :
  - Majoration de la douleur mammaire, de la température, avec frissons et gêne à l'écoulement du lait.
  - Apparition de placards rouge sur le sein.
  - Lésions mamelonnaires (crevasses).
- La prévention repose sur des tétées efficaces, précoces, sans restriction sur la fréquence et la durée.
- Les complications possibles sont :
  - L'engorgement mammaire, pouvant évoluer jusqu'à la mastite ou lymphangite.
  - Les complications infectieuses possibles sont les galactophorites et abcès mammaires le plus souvent consécutifs à des lésions mamelonnaires qui constituent la porte d'entrée.

Question n° 6

D'autres dépistages sanguins sont-ils nécessaires chez ce nouveau-né ?
- On peut également rechercher chez cet enfant une virémie à CMV à cause de l'hypotrophie et une recherche d'ARN de l'hépatite C dans le sang.
- Par ailleurs, comme il y a un ictère débutant chez cet enfant hypotrophe, on peut réaliser une bilirubinémie.

N.B. : comme la suite du dossier le montre, cette patiente et son nouveau-né sont de mauvais candidats à la sortie précoce du fait de l'hypotrophie, du petit poids au troisième jour, du début d'ictère et de la pathologie maternelle.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Question n° 7

- Ce nouveau né présente une déshydratation aiguë globale (intra et extra-cellulaire) en rapport avec son ictère et sa mauvaise prise alimentaire (allaitement et compléments insuffisants).
- Car :
  - Diurèse insuffisante (un nouveau-né doit mouiller sa couche au moins 5 fois dans la journée)
  - Fontanelle déprimée.
  - Muqueuses sèches.
  - Hypotonie (cri peu vigoureux).
- Associé à un ictère simple du fait de l'hypotrophie ou de la fœtopathie car il n'y a pas de signes en faveur d'un ictère infectieux (pas d'hépato-splénomégalie, pas de fièvre) ou d'un ictère cholestatique (urines et selles de couleur normale).

Question n° 8

- Ce nouveau-né n'est pas un bon candidat à la sortie précoce car il est hypotrophe et que la mère est primipare et inexpérimentée. De plus, la déshydratation a débuté avant la sortie car il n'avait déjà pas une diurèse correcte le jour de la visite de sortie de la maternité.
- Une visite plus précoce pour ce nouveau-né et cette mère aurait été plus appropriée que celle au 8ème jour. Un meilleur accompagnement et une meilleure aide à l'allaitement auraient probablement permis d'éviter une partie au moins de la déshydratation et une prise en charge plus précoce de l'ictère.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier